

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

211

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 18 Mai 1893, à heure

PAR

A. BEZOU

É T U D E

SUR LES

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

Président : M. V. CORNIL, professeur.

LABOULBÈNE.

Juges : MM.

CHANTEMESSE.

MENETRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0048

211

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 13 Mai 1893, à heure

PAR

A. BEZOU

É T U D E

SUR LES

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

Président : M. V. CORNIL, professeur.

Juges : MM. { LABOULBÈNE.
 CHANTEMESSE.
 MENETRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIN	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES PREMIERS MAITRES

LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE CLERMONT-FERRAND.

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR V. CORNIL

MEMBRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

ÉTUDE SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

CHAPITRE I.

Historique

Les kystes hydatiques sont connus depuis la plus haute antiquité. On les trouve signalés dans les œuvres d'Hippocrate, de Galien, d'Arétée. Les auteurs du moyen-âge eux-mêmes en ont eu connaissance. Mais il faut arriver jusqu'à Siebold, qui étudia le premier le *tœnia echinococcus*, et à Van Beneden, qui reconnut les transformations du *tœnia nana*, pour que l'on sache à quelle cause rattacher leur origine.

On est frappé, lorsqu'on parcourt la littérature médicale, de voir que la localisation pulmonaire des kystes hydatiques, cependant assez fréquente, n'est, pour ainsi dire, pas signalée avant ce siècle. A peine trouve-t-on au siècle dernier les observations brèves de Wolkerin, cité par Joachim Camerarium (1), celle de Maloët (2), de Richter (3), en Angleterre, celles de Doubleday (4) et Johnson (5).

(1) Joachim Camerarium. — De observat. propriis. Schenck.

(2) Maloët. — Mém. de l'acad. roy. des sciences, 1732.

(3) Richter. — Journal de Chirurgie de Cristian Loder, 1797.

(4) Doubleday. — Medical observat. and injuries, 1776.

(5) Johnson. — London medical journal, 1785.

Au commencement de ce siècle, nous devons signaler le nom d'un chirurgien nantais, Freteau (1), qui le premier, en 1812, pratiqua pour un kyste hydatique du poumon, l'opération de l'empyème et guérit son malade.

Il faut arriver jusqu'à Cruveilhier (2), en 1829, et Laënnec (3), en 1831, pour trouver quelques considérations d'ensemble donnant un aperçu général de ce genre de tumeur. Andral, dans ses cliniques, en rapporte sept observations.

Le premier travail un peu complet sur les kystes hydatiques pulmonaires est celui de Vigla (4), suivi de près par la thèse de Garreau (5). Vient ensuite l'étude déjà si complète que leur a consacrée Davaine (6), à laquelle tous ceux qui ont écrit sur ce sujet ont fait de nombreux emprunts. Signalons encore, vers la même époque, la communication faite par H. Roger (7), à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur le diagnostic et le traitement des hydatides du poumon et de la plèvre chez les enfants, ainsi que la leçon magistrale que nous trouvons dans le premier volume de clinique de Trousseau (8).

Nous arrivons ensuite à une phase nouvelle dans l'étude des kystes hydatiques du poumon. Jusqu'ici les cas rapportés sont ou des trouvailles d'autopsie, ou des cas reconnus au moment de la vomique. Aussi s'est-on

(1) Freteau. — Journal de Sédillot. Tome XLIII.

(2) Cruveilhier. — Dict. de méd. et de chir. prat. en 13 vol. Article acéphalocyste (1829).

(3) Laënnec. — Traité d'auscultation. Edition Mériadec, 1831.

(4) Vigla. — Archives génér. de médecine. 1833.

(5) Garreau. — Thèse, Paris 1836.

(6) Davaine. — Traité des entozoaires. 1860.

(7) H. Roger. — Société méd. des Hôp. de Paris. Séance du 9 oct. 1861.

(8) Trousseau. — Clinique médicale. T. I, 1868.

surtout occupé de l'anatomie pathologique et du diagnostic de cette affection.

On va maintenant commencer à s'inquiéter du traitement, ou étudier avec plus de soin certains symptômes jusque-là laissés dans l'ombre. Nous arrivons ainsi à la thèse de Hearn (1), travail consciencieux et complet, auquel on a ajouté bien peu de choses depuis bientôt vingt ans. C'est un travail d'ensemble, s'appuyant sur cent quarante-quatre observations dépouillées avec soin. C'est, en France du moins, l'œuvre la plus complète qui ait été faite sur les kystes hydatiques du poumon.

Signalons encore la communication de Debove (2), à l'Académie des Sciences sur la pathogénie de l'urticaire hydatique, la thèse de Delgrange (3), qui s'occupe surtout de l'expectoration sous toutes ses formes, dans les kystes hydatiques, et spécialement dans les kystes pulmonaires, l'article de Letulle (4) dans le dictionnaire de Jaccoud, la thèse de Lehmann (5) sur l'ouverture des kystes hydatiques dans la plèvre, et celle de Chachereau (6) qui contient l'analyse raisonnée d'une observation très détaillée. Bouilly (7) et Truc (8) s'occupent surtout du traitement.

Enfin, tout récemment, nous devons encore citer deux bonnes thèses, l'une de Casabianca (9), l'autre de Lorieux (10),

(1) Hearn. — Thèse Paris, 1875.

(2) Debove. — Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1877.

(3) Delgrange. — Thèse Paris, 1879.

(4) Letulle. — Dict. de méd. et de chir. pratique. Art. Poumon.

(5) Lehmann. — Thèse, Paris, 1882.

(6) Chachereau. — Thèse, Paris, 1884.

(7) Bouilly. — Mémoires de la Soc. de Chirurgie, 1886.

(8) Truc. — Thèse, Lyon (1885) et revue critique, 1886.

(9) Casabianca. — Thèse Paris, 1889.

(10) Lorieux. — Thèse, Bordeaux, 1889.

et une revue générale de la Gazette des Hôpitaux de Mirallié (1).

Quoique s'éloignant un peu du sujet que nous avons choisi, on pourra consulter avec fruit la thèse de Richerolle (2), sur la chirurgie du poumon.

Enfin, on trouvera de très nombreuses observations éparses dans les bulletins de la Société anatomique de Paris, depuis sa fondation.

Telle est, en France, l'histoire des kystes hydatiques du poumon.

Mais cette affection a surtout été étudiée par les médecins d'Australie, qui nous ont devancés dans le traitement d'une maladie si fréquente chez eux. Parmi les principaux auteurs de ce pays qui s'en sont occupés, nous devons signaler en première ligne Bird (3) et Davies-Thomas (4), Mac-Gillivray (5), que nous citerons souvent, chemin-faisant. Signalons encore Cutts (6), Williams (7), Gunning (8), Jenkins (9), Cooke (10), etc.

Bien que les kystes hydatiques soient fréquents en Islande, nous ne trouvons, pour ceux du poumon, que le mémoire de Finsen (11), qui est déjà un peu vieux.

(1) Mirallié. — Gaz. des Hôpitaux, janvier, 1893.

(2) Richerolle. — Thèse, Paris, 1892.

(3) Bird. — Medic. Times and Gaz. London, 1873-1877. Austral. med. Journ. Melbourne, 1871, 1873, 1884.

(4) Davies-Thomas, Lancet, 1879. — Médic. Times and Gaz. London. 1881. British medic. journ. 1883. — Austral. medic. gaz. Sidney, 1888.

(5) Mac Gillivray. — Austral. medic. journal, 1865-1867-1872.

(6) Cutts. — Melbourne medic. record. 1862.

(7) Williams. — Austral. médic. journ. Melbourne, 1881.

(8) Gunning. — Austral. medic. journ. Melbourne, 1884.

(9) Jenkins. — Austr. med. gaz. Sydney, 1884.

(10) Cooke. — Austr. med. journ. Melbourne, 1885.

(11) J. Finsen. — Archives gén. de méd., 1869.

En Angleterre, en plus des observations éparses dans divers journaux (*The Lancet*, *British medical journal*, *Medical Times and Gazette*), nous trouvons la discussion récente de la Société clinique de Londres, dans sa séance du 8 avril, où l'on s'occupa surtout du meilleur traitement applicable aux diverses variétés des kystes hydatiques du poumon.

Signalons, en Italie, les travaux de Federici (1), de di Renzi (2), de Patella (3), de Concetti (4), etc.

Enfin, en Allemagne, on a aussi beaucoup publié sur ce sujet. Les observations de kystes hydatiques du poumon sont très nombreuses, et il nous est impossible de les citer dans cet historique déjà si long. Nous nommerons cependant les travaux de Hochsinger (5), qui s'est surtout occupé de la question délicate du diagnostic, et, parmi ceux qui en ont étudié le traitement chirurgical, nous donnerons seulement les noms de Colley (6) et de James Israel (7).

On comprendra sans peine que nous ne puissions pas indiquer dans notre historique tous les travaux qui ont été faits sur les kystes hydatiques du poumon. Nous dirons seulement que Hearn, dans sa thèse, en rapporte cent quarante-quatre observations. Thomas, à lui seul, en dix ans, en a observé cinquante-trois cas. C'est dire que cette affection est moins rare qu'on ne l'a dit, et que, depuis que l'attention a été attirée sur ce sujet, de nombreux cas sont publiés chaque année; c'est ce qui nous a empêché d'essayer de donner un résumé complet de toutes les observations connues jusqu'à ce jour.

(1) Federici. — *Rivista clinica di Bologna*, 1868.

(2) di Renzi. — *Riv. clin. e thérapeut.* 1885.

(3) Patella. — *Riv. clin. di Bologna*, 1887.

(4) Concetti. — *Bol. de la soc. laucisiana d'Ospedali di Roma*, 1889.

(5) Hochsinger. — *Wien. medic. Blatt*, 1887.

(6) Colley. — *Munch. med. wochens.* 1891.

(7) James Israël. — *Deutsch. med. wochens.* 1886.

CHAPITRE II

Des kystes hydatiques en général. --- Comment viennent-ils dans le poulmon?

Le parasite qui produit les kystes hydatiques n'atteint que chez le chien et le loup son état de parfait développement. Ce n'est que chez ces animaux qu'on le trouve sous sa forme tœnia, et c'est pendant cette phase de son existence qu'il se reproduit par œuf.

L'œuf du tœnia echinococcus est très petit, revêtu d'une membrane chitineuse qui lui permet de résister à l'action de la chaleur et de l'humidité.

Ces œufs sont rendus avec les déjections des animaux chez lesquels vit le parasite et leur membrane protectrice leur permet d'attendre, mêlés à la poussière ou en suspension dans l'eau potable, l'occasion favorable de germer.

A peine dans l'estomac, l'œuf, sous l'influence du suc gastrique, perd sa membrane chitineuse, mettant en liberté l'embryon hexacanthé, qui, en raison de son faible volume (il atteint à peine celui d'un globule sanguin) et par ses crochets, se fixe, perfore les tissus et est bientôt emporté par les veines ou les lymphatiques loin de son point d'origine.

Dès qu'il est fixé, l'embryon hexacanthé perd ses crochets ; il sécrète autour de lui une première enveloppe et s'enkyste. Bientôt, autour de cette enveloppe, née de l'embryon lui-même, se développe, par un processus phlegmasique du tissu où il s'est fixé, une membrane adventice qui le protégera comme une seconde cuirasse.

Le kyste est dès lors formé.

A la coupe, on trouve de dehors en dedans :

1° La membrane adventice ; 2° l'enveloppe sécrétée par l'embryon ; 3° l'embryon lui-même transformé en membrane interne ou germinative. C'est cette dernière qui, par bourgeonnement, donne naissance aux vésicules *filles*, flottant dans un liquide clair, dont nous verrons la nature, quand nous traiterons l'anatomie pathologique de l'affection.

Lorsque le kyste est fertile, on trouve, nageant dans le liquide, des corpuscules analogues à des grains de semoule cuite : Ce sont les échinocoques.

Si la membrane germinative est stérile, le kyste est dit *acéphalocyste*. Cette variété est importante à connaître, car sa gravité est moins grande et son traitement plus simple.

Une fois formé, le kyste peut ou bien s'accroître et venir s'ouvrir à l'extérieur, mettant les échinocoques en liberté, ou bien mourir. Dans ce dernier cas, il suppure et évolue comme un abcès, ou bien le liquide se résorbe, la surface du kyste se ride, se ratatine, son contenu prend l'aspect du mastic, et peut subir la transformation calcaire. Ce dernier mode d'évolution est assez fréquent dans le foie, on l'a signalé dans le mésentère (Laboulbène (1)). Il est plus rare dans le poumon. Cependant

(1) Laboulbène. —Nouveaux élém. d'anat. path. descript. et histol. 1879.

Poulalion (1) en a cité quelques cas. Dans l'observation de Limperopoulo (2), le kyste avait subi la transformation graisseuse et fut découvert par hasard à l'autopsie.

Telle est l'évolution des kystes uniloculaires, c'est-à-dire *endogènes*. C'est la variété la plus fréquente chez l'homme. On la rencontre plus souvent encore chez le mouton.

Quelquefois, cependant, on a rencontré des kystes hydatiques pluriloculaires, appelés aussi kystes alvéolaires, dont les vésicules naîtraient d'une façon exogène, se multipliant à l'infini et se généralisant aux viscères. Cette forme, étudiée par Carrière (3) chez l'homme, est fréquente chez les animaux. Est-ce une forme anatomique spéciale, ou bien cette forme est-elle due à un *tœnia* d'une autre espèce? Actuellement on penche vers cette dernière hypothèse. D'après Vogler, les crochets que l'on y rencontre sont plus longs et plus grêles. Ajoutez enfin qu'elle n'a jamais pu reproduire le *tœnia echinococcus* chez le chien. Il est probable qu'il s'agit là d'une autre espèce, encore mal connue et atteignant son complet développement dans l'intestin d'un animal autre que le chien.

Il nous reste encore à expliquer par quelles voies l'œuf du *tœnia echinococcus* peut atteindre le poumon. Deux voies lui sont ouvertes. D'une part, il pourra être absorbé avec les aliments, passer dans la circulation porte, et de là, après avoir traversé le foie, être transporté dans la circulation pulmonaire. Pour Chachereau (4), il pourrait, sans passer par le foie, atteindre directement la

(1) Poulalion. — Des pierres du poumon (Thèse Paris, 1891).

(2) Limperopoulo. — Bullet. société. anat. 1884.

(3) Carrière. — Kystes hydatiques alvéolaires. Thèse Paris, 1868.

(4) Chachereau. — Thèse Paris, 1884.

veine cave à l'extrémité du tube digestif, grâce aux anastomoses des veines hémorrhoidales. Peut-être, dans quelques cas, atteint-il le poumon, par la voie des vaisseaux lymphatiques. Pour Bird (1), une autre cause du développement des kystes hydatiques dans les poumons tiendrait à la respiration des poussières contenant des œufs de *tœnia echinococcus*, dans les pays où les chiens sont extrêmement abondants.

Pour Dieulafoy, enfin, une vésicule *fille*, venue d'un kyste du foie préexistant, peut perforer le diaphragme, germer dans le poumon et y donner naissance à un nouveau kyste. N'est-il pas plus facile d'expliquer la coïncidence des kystes du foie avec ceux du poumon droit, cas si fréquent, par le développement de deux œufs de *tœnia echinococcus* absorbés simultanément? Cependant la première hypothèse est admissible dans les cas de kyste exogène.

(1) Hydatids of lungs.— Melbourne, 1877.

CHAPITRE III.

Distribution géographique.

Les kystes hydatiques en général, et, par suite, ceux du poumon, ne sont pas également répandus sur tous les points du globe. Ainsi, par exemple, ils sont très rares dans l'Amérique du Nord, les Indes et l'Égypte. On les rencontre plus fréquemment en Algérie, en Allemagne et dans le nord de l'Europe. En Angleterre, ils semblent, d'après Hector Mackensie (1), devenir plus communs depuis quelques années. Ce chirurgien dit, en effet, en avoir rencontré cinq cas en six mois.

Leur nombre varie pour un même pays. Ainsi, en Allemagne, ils sont plus nombreux à Breslau et dans le Mecklembourg qu'ailleurs ; et Leudet affirme qu'en France, ils sont plus fréquents à Rouen qu'à Paris, et à Paris qu'à Nantes, d'après Chachereau.

Mais il existe sur le globe deux pays où les kystes hydatiques sont bien plus abondants que partout ailleurs. C'est d'abord l'Islande, où, fréquents au foie (2), ils sont rares au poumon, puisque Finsen (3) n'en a cité que sept cas sur deux cent cinquante-cinq ; et, ensuite, l'Australie, où ils ont été étudiés surtout dans la localisation qui fait le sujet de ce travail.

Mais, ici encore, leur distribution est irrégulière et

(1) H. Mackensie. — Société clinique de Londres, 1892.

(2) D'après Hjatalin, un dixième des Islandais est atteint de kistes hydatiques.

(3) J. Finsen. — Loc. cit.

c'est surtout à Victoria, dans le district de Sandhurst, qu'on les rencontre. Thomas, qui y exerce, en a observé cinquante-trois cas en dix ans. Ils sont rares, d'après Bird et Thomas, dans la Nouvelle Galles du Sud, la Tasmanie et le Queensland. Ces auteurs disent encore qu'ils sont peu abondants dans la Nouvelle Zélande. Mais Maunsell (1), médecin Néo-Zélandais, prétend avoir eu, à lui seul, l'occasion d'en ponctionner une centaine.

Telle est la distribution du kyste hydatique commun, c'est-à-dire endogène ou uniloculaire. Mais le kyste alvéolaire, beaucoup plus rare, comme nous l'avons dit, se rencontre surtout dans le nord de la Suisse et le sud de l'Allemagne. On ne l'a, pour ainsi dire, jamais trouvé en Islande ni en Australie, où la forme commune est pourtant si fréquente.

La distribution géographique des kystes hydatiques n'a rien à voir avec les conditions de climats. D'après leur origine, il est facile de prévoir que les pays où ils seront le plus répandus, seront ceux-là mêmes où il y a le plus de chiens. C'est en effet ce qui a lieu. En Islande, par exemple, on compte en moyenne un chien pour trois habitants. En Australie, dans le district de Sundhurst, le plus éprouvé d'ailleurs par l'affection parasitaire, où la population est presque exclusivement composée de mineurs, chaque habitant a, au moins, un chien, quelquefois plusieurs. D'après Hearn, on dut, pendant quatre ans, en détruire annuellement dix-sept cents, parce qu'ils étaient trop nombreux. Il en est de même à Breslau. Cependant la sécheresse du climat jouerait aussi un rôle important dans la propagation de la maladie, en facilitant le transport des œufs de *tœnia* avec les poussières et en rendant les habitants moins difficiles sur le choix de leur eau potable.

(1) Maunsell. — Société clinique de Londres, 1982.

CHAPITRE IV.

Fréquence. — Etiologie.

Fréquence. — Les kystes hydatiques du poumon sont donc rares dans nos régions. Mais ils ne constituent pas une maladie exceptionnelle, une rareté pathologique. Chaque année en Europe, on en publie plusieurs cas.

Quelle est leur fréquence, par rapport aux tumeurs de même nature qui se développent dans les autres organes ?

D'après Thomas, à Victoria, sur 307 décès par hydatides on trouve le foie atteint 166 fois, le poumon 53 fois et 88 fois les autres organes.

J. Finsen, dont la statistique a porté sur l'Islande, a rencontré, sur 255 kystes hydatiques, le foie atteint 176 fois, la cavité abdominale 54 fois, et 7 fois seulement le poumon. Dans les 18 autres cas, le kyste siégeait ailleurs. Quant à Cobbold (1), il considère le kyste du poumon comme plus rare et le place, par ordre de fréquence, après les kystes du cerveau et de la rate.

Mais c'est exagérer leur rareté. En effet, si l'on réunit les statistiques des auteurs, qui ont traité des kystes hydatiques à un point de vue général, les statistiques de Davaine, Cobbold, Neisser et Finsen, on arrive au chiffre de 1852 cas,

(1) Cobbold. — Entozoa, page 277.

sur lesquels on trouve 153 fois le poumon atteint, ce qui revient à dire que le kyste se localisera au poumon dans un douzième des cas environ. Il est donc vrai de considérer le poumon comme venant immédiatement après le foie, par ordre de fréquence, c'est-à-dire avant le cerveau et la rate. Si l'on envisage le rapport qui existe entre les kystes du parenchyme pulmonaire et les autres kystes intrathoraciques, on verra, d'après toutes les statistiques, qu'ils sont de beaucoup les plus fréquents.

Ainsi, Bird, sur 100 cas d'hydatides intrathoraciques, a trouvé le poumon atteint 98 fois, la plèvre et le médiastin, une fois chacun seulement.

Hearn, analysant dans sa thèse 144 observations de kystes intrathoraciques, est arrivé à une fréquence un peu moindre. Il a trouvé, en effet, la lésion localisée 14 fois à la plèvre, 3 fois au médiastin antérieur, et 127 fois au parenchyme pulmonaire. Cela fait encore une proportion supérieure aux sept huitièmes des cas.

Malgré cela, Casabianca, dans sa thèse, a prétendu que les kystes hydatiques du poumon étaient la plus rare des affections pulmonaires. C'est peut-être vrai pour la France, et encore, à condition d'ajouter que si elle est rare, elle n'est pas exceptionnelle. Mais si l'on envisage les kystes hydatiques pulmonaires à un point de vue général, il n'en est plus de même. On peut même dire qu'en Australie, c'est une affection fréquente.

Quoiqu'elle soit relativement rare en Islande, n'oublions pas qu'elle est plus fréquente que la tuberculose pulmonaire.

Quant à la fréquence du kyste ordinaire ou endogène, par rapport au kyste alvéolaire ou exogène, nous dirons que ce dernier, extrêmement rare, est plutôt une curio-

sité pathologique. Sa rareté même l'empêche d'entrer en ligne de compte dans une statistique.

Etiologie. — Nous avons déjà vu quelles sont les conditions géographiques qui influent sur le développement des kystes hydatiques. Nous savons aussi quel rôle joue le chien dans la propagation de cette maladie. Ajoutons que, comme le fait remarquer Luton, les chiens gardent les moutons et les bœufs. Or, l'œuf du tœnia du chien germe facilement chez ces animaux, et les échinocoques auxquels il donne naissance, quand le kyste est fertile, se fixent dans l'intestin du chien, s'y transformant en tœnia echinococcus. C'est donc un cycle complet, très favorable à la dissémination du mal.

L'âge n'a pas une grande influence sur le développement des hydatides pulmonaires. On en a observé en effet chez des enfants de cinq ans (Tœplitz) (1) et sur des vieillards de plus de soixante-dix ans. Cependant, c'est surtout vers l'âge moyen de la vie qu'on les rencontre, surtout de vingt à quarante ans.

Le kyste hydatique pulmonaire est-il plus fréquent chez l'homme que chez la femme ? Les différents auteurs qui se sont occupés de cette question ne la résolvent pas de la même façon. Tandis que Hearn considère l'homme comme plus prédisposé à cette affection, Casabianca et les médecins australiens prétendent que les femmes sont atteintes bien plus fréquemment que les hommes. Il semble, en effet, que par leurs occupations plus sédentaires, par les soins qu'elles prennent du ménage, elles soient plus prédisposées au kyste hydatique. En outre,

(1) Tœplitz. — Berlin, Klin., Wochens., 1877.

pour Daulos (1), le corset agirait chez elles en amenant la congestion des organes situés au-dessous de lui, et jouerait au moins le rôle de cause prédisposante, en amenant la stase sanguine et facilitant ainsi la fixation de l'embryon.

La profession peut-elle être incriminée ?

On a prétendu que les bergers, par leurs contacts fréquents avec les chiens, pouvaient, de ce fait, être prédisposés au kyste hydatique. Nous avons vu pourquoi les mineurs du Sundhurst en étaient fréquemment atteints. La mauvaise hygiène et surtout la nourriture peuvent être cause de l'apparition des kystes hydatiques pulmonaires. Ainsi, à Breslau, non seulement les chiens sont très abondants, mais encore, d'après Lebert (2), ils servent couramment à l'alimentation de la classe pauvre. On a prétendu que l'usage du mouton et du bœuf saignants pouvait produire la maladie. C'est là une cause au moins douteuse, et quoi qu'en aient dit certains auteurs australiens, il n'est pas démontré que les kystes hydatiques, si fréquents chez ces animaux, soient transmissibles à l'homme, sans passer par le chien ou le loup.

L'usage de légumes frais (radis, salade, artichauts, etc.), de fruits (fraises, etc.), plus ou moins souillés de déjections et de poussières, nous semble présenter un danger plus sérieux.

Presque partout, la classe pauvre est plus souvent atteinte que la classe riche. Cela tient à la cohabitation plus intime avec les animaux et, aussi, à la malpropreté. Cependant, d'après Bird, à Victoria, riches et pauvres

(1) Daulos. — Thèse. Paris, 1879.

(2) Lebert. — Traité d'anat. path. Voy. aussi. Berlin. Klin. Wochens. 1871.

sont également frappés. Voici quelle en serait la cause d'après cette auteur : Les routes y sont arrosées, pendant l'été, avec les eaux du fleuve Yan-Yean, où les bestiaux se baignent, ainsi que les chiens qui les gardent. Les œufs du tœnia, ainsi transportés, se mêlent à la poussière des routes, pendant la saison des chaleurs, et sont respirés. Ils se fixent, dès lors, sur l'épithélium pulmonaire et donnent lieu à des kystes hydatiques du poumon.

Les causes, que nous venons d'examiner jusqu'ici, sont celles qui peuvent amener le germe à se développer sur un sujet sain. Mais il en est d'autres qui, chez un malade ayant déjà un kyste hydatique du poumon, passé inaperçu jusque-là, peuvent donner un coup de fouet à la maladie et accélérer son évolution. Tantôt c'est un traumatisme portant sur le thorax, tantôt, une maladie générale intercurrente, mais surtout une affection thoracique (pleurésie, pneumonie, bronchite, etc.). La grossesse aurait une influence analogue, comme on peut en juger par l'observation suivante. Elle agit, à la fois, en modifiant l'état général et en amenant une gêne notable de la respiration.

OBSERVATION I (Résumée)

D'après Delgrange (1)

Kyste hydatique du poumon gauche, développé pendant une grossesse, s'aggravant de nouveau pendant une seconde grossesse. — Ponction, puis empyème. — Guérison.

En 1874, une femme, jusque-là bien portante, entre à l'hôpital au milieu d'une grossesse. Brusquement elle est prise d'une dyspnée intense avec sensation de boule au creux épigastrique. Point de côté violent dans le deuxième espace intercostal gauche. Pas d'expectoration.

(1) Delgrange. Loc. cit.

L'accouchement amena une amélioration notable, mais pas une guérison complète.

En 1877, nouvelle grossesse s'accompagnant des mêmes symptômes que la précédente, mais exagérés. Cette fois, l'accouchement n'apporte aucun mieux sensible.

En 1878, le cœur se dévie à droite, on en sent les battements au creux épigastrique. Elle ne dort plus que couchée sur le côté gauche et la tête très élevée. Plusieurs fois, ses crachats ont été striés de sang. On diagnostique une pleurésie, mais la malade refuse la ponction.

A son entrée à l'hôpital, le 3 février 1879, elle est maigre, pâle ; la respiration est régulière. A gauche, les espaces intercostaux bombent légèrement. Les vibrations thoraciques sont abolies à la base gauche. Matité, respiration lointaine. La pointe du cœur bat dans le sixième espace droit. Peu d'appétit, mais digestion bonne.

Le 4 février, ponction dans le quatrième espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire. Il s'écoule à peine un litre d'un liquide clair comme de l'eau de roche, qu'on est obligé d'interrompre l'opération, à cause de la douleur vive que ressent la malade et d'un violent accès de suffocation.

Le 7 février, elle présente des signes de gangrène pulmonaire (fétidité de l'haleine, abattement, température élevée, etc.) et le 9 février elle rend par la bouche des débris d'hydatides. On observe alors des signes cavitaires.

Le 18 février, on pratique l'opération de l'empyème. Drainage, lavages à l'eau phéniquée.

Guérison rapide.

Certaines causes, telles que le froid, la suppression du flux menstruel ou hémorrhoidaire, etc., peuvent agir d'une façon analogue.

CHAPITRE V.

Anatomie Pathologique

Quel est le siège des kystes hydatiques du poumon ? Il est remarquable de voir avec quelle fréquence le lobe inférieur des poumons est atteint. Pour Casabianca ce fait aurait son explication dans le rapport que présente comme surface la base du poumon comparée à sa partie supérieure. La superficie en étant plus grande, le lobe inférieur du poumon devra être atteint plus fréquemment en raison des différences de volume. Peut-être à cette cause se joindrait encore la pesanteur tendant à amener l'embryon vers la partie la plus déclive du poumon.

Il est en outre intéressant de constater avec quelle fréquence le poumon droit est atteint.

Cruveilhier avait trouvé à ce fait une explication pour le moins bizarre. Pour lui, la plupart des kystes décrits comme pulmonaires étaient nés primitivement dans le foie et s'étaient ensuite ouverts dans les bronches après avoir perforé le diaphragme. Mais, même en ne tenant compte que des cas suivis d'autopsie, la proportion reste à peu près la même. Casabianca trouve à ce fait une explication plus plausible, car elle repose sur des données anatomiques. La bronche droite en effet est plus grosse et plus courte que la gauche.

Elle offrira donc à l'œuf un chemin plus direct et plus large, si l'on admet, comme les auteurs australiens, l'absorption par les voies respiratoires.

Il est rare de rencontrer plusieurs kystes dans un même poumon, quoique Letulle en cite jusqu'à quatre. Il est plus fréquent d'en voir un dans chaque poumon.

Quant au siège anatomique, il est variable. On en a rencontré dans l'artère pulmonaire (Barclay, de Bauff (1), Wunderlich (2), Budd (3), ou dans les deux veines pulmonaires (Andral (4). Tel est encore le cas suivant de Reeves (5).

OBSERVATION II (Résumée).

Kyste hydatique du cœur et du poumon. — Mort.

Une jeune femme de 23 ans entre à l'hôpital avec des phénomènes de congestion pulmonaire. Elle présente en outre un léger souffle systolique. Elle se plaint d'une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine. A ce niveau, à la percussion, on constate de la matité. Rapidement elle offre une dyspnée intense, s'accompagnant d'anasarque et elle meurt.

A l'autopsie, on voit des adhérences pleurales et cardio-péricardiques. A la pointe du ventricule droit, il existe un kyste hydatique du volume d'une orange, proéminent dans le ventricule. Hydatide libre sous une des valvules de l'artère pulmonaire. Dans le poumon, on rencontre des amas d'hydatides parties très probablement du cœur.

Cependant ces cas sont exceptionnels et presque toujours c'est au niveau des capillaires pulmonaires ou des dernières ramifications bronchiques que se développent primitivement les kystes hydatiques, selon que l'embryon arrive par les vaisseaux ou les bronches. Mais si l'on se rappelle la petitesse que présente cet embryon, on comprendra qu'il s'arrête dans les capillaires qui le filtrent

(1) De Bauff. — The Lancet, 1864.

(2) Wunderlich. — Arch. f. physiol. Heilkunde, 1858.

(3) Budd. — Transact. of the pathol. soc. London, 1859 et Medic. Times and gaz., 1858.

(4) Andral. — Cliniques.

(5) C. Reeves. — Heart diseases. Austral. 1875.

en quelque sorte ou dans les alvéoles. Or, alvéoles et capillaires sont surtout à la périphérie du poumon. Aussi trouverons-nous les kystes hydatiques pulmonaires rarement au centre du parenchyme, mais plutôt à peu de distance au-dessous de la plèvre. Roger avait même prétendu que les kystes pleuraux étaient des kystes pulmonaires superficiels sous-pleuraux, difficiles à distinguer à l'autopsie comme siège anatomique, à cause des adhérences pleurales. Mais leur existence dans la plèvre est aujourd'hui démontrée (1).

Notons que, même lorsque le kyste est central, il tend toujours à se développer vers la périphérie du côté des côtes et non pas vers le médiastin.

Letulle se demande si ce fait n'est pas dû à la pression exercée par l'air inspiré.

Dans le cas suivant, le kyste siégeait au milieu du poumon mais en pleine scissure interlobaire.

OBSERVATION III (Résumée). Hect. Mackensie (2).

Kyste hydatique de la scissure interlobaire droite. — Ponction. — Mort.

Un homme de 26 ans se plaint depuis un mois de dyspnée et de toux avec point de côté douloureux à la partie inférieure droite de la poitrine. Ayant reconnu la présence d'un épanchement liquide à ce niveau, on fit une ponction qui démontra qu'on se trouvait en présence d'un kyste hydatique du poumon. — Deux heures après la ponction le malade mourait.

A l'autopsie, on trouvait entre les deux lobes pulmonaires un kyste hydatique contenant deux litres et demi de pus environ. On constatait, en même temps, qu'une bronche de gros calibre communiquait avec la cavité pulmonaire.

(1) Voyez : Caron et Soubeyran. — Gaz. méd. de Paris, 1833.

Southey-Bartholom. — Hospit. reports, 1867.

Moutard-Martin. — Gaz. hebdomad., 1871.

Ollier de Vergèze. — Thèse de Lyon, 1892.

(2) Hector Mackensie. — Soc. cliniq. de Londres. Séance du 3 avril 1892.

Le volume des kystes hydatiques du poumon est extrêmement variable. Il en est de gros comme une noisette reconnus par hasard dans les autopsies.

Moyennement, ils ne dépassent guère le volume d'une tête fœtale. On les a vus quelquefois énormes, remplissant l'hémithorax et refoulant le poumon sclérosé.

OBSERVATION IV (Résumée). Cesbron (1).

Kyste hydatique du poumon droit très volumineux. — Mort

Un homme âgé de 52 ans présentait un amaigrissement considérable avec fièvre et dyspnée. Il avait une toux opiniâtre qui s'accompagnait de crachats sanglants. Le sternum était saillant, mais le côté droit du thorax était au contraire affaissé. Matité et absence de murmure vésiculaire aux deux bases ; malgré le traitement, les symptômes augmentent, la dyspnée devient plus vive et bientôt le malade asphyxie et meurt.

A l'autopsie, on trouve à la base du poumon droit un kyste hydatique très volumineux avec des échinocoques ; le poumon, refoulé par le kyste, est réduit à un très petit volume. A gauche, au contraire, on trouve deux kystes bien plus petits. Dans les deux poumons, on rencontre des granulations miliaires.

La forme des kystes hydatiques du poumon est presque toujours sphérique et régulière. Cependant, quand le kyste s'est vidé par vomique, il prend une forme irrégulière, anfractueuse.

Dans l'anatomie pathologique du kyste proprement dit, nous étudierons d'abord le liquide, puis ce qui flotte dans le liquide et enfin la paroi du kyste elle-même.

Dans les kystes jeunes, dont les hydatiques sont bien vivantes, le liquide est absolument caractéristique, d'abord par son aspect clair et limpide qui l'a fait partout comparer à l'eau de roche la plus pure.

(1) Cesbron. — Soc. médic. d'émulation. Séance du 28 janvier 1878 et Montpellier médical, 1878.

A l'analyse clinique, on le reconnaît tout aussi bien : d'abord à l'absence d'albumine : il ne précipite ni par la chaleur, ni par aucun des acides habituellement employés. Il ne contient pas de phosphates, mais par contre il renferme en abondance du chlorure de sodium et donne par le nitrate d'argent le précipité blanc cailleboté caractéristique. D'ailleurs pour reconnaître le chlorure de sodium, il suffit de faire évaporer sur une lamelle une goutte de liquide kystique. Il contient tellement de sel qu'on en voit alors très nettement au microscope les cristaux caractéristiques. Il ne précipite ni par l'acide acétique, ni par les acides azotique, chlorhydrique, sulfurique, ni par la potasse non plus que par l'iodure de potassium ou par l'iode.

Mais par l'alcool, on obtient, après repos, un dépôt floconneux. Hudson (1) a appelé « echinochyle » cette substance albuminoïde. Peut-être est-elle la taxalbumine décrite par Viron (2), laquelle est elle-même analogue aux ptomaines signalées par Mauson et Schlagdenhaufen (3). Ce sont ces principes toxiques qui sont d'après Debove la cause de l'urticaire. En outre Lebert a signalé comme caractéristique du liquide, l'acide succinique et l'énosite.

Après la mort des hydatides, le liquide contient de l'albumine (Gubler). C'est que, tant qu'elles vivent, l'albumine sert à leur nutrition.

Dès la réapparition de l'albumine le kyste peut d'une part subir la régression. La poche se ride, le liquide se résorbe, les hydatides prennent l'aspect d'une bouillie analogue au mastic du vitrier et bientôt même se calcifient.

(1) Hudson. — Austral. médic. Journ., 1861.

(2) Viron. — Arch. de médéc. expérimentale, 1892.

(3) Voyez aussi Debove. — Soc. médic. des hôpit., 1888.

Tel était le cas de Limperopoulo (1) où la tumeur avait subi la dégénérescence graisseuse.

D'autres fois, le kyste suppure et se fraie alors une voie vers l'extérieur, tantôt en s'ouvrant dans les bronches (c'est le cas le plus fréquent), tantôt en fusant à l'extérieur à travers les espaces intercostaux (Thompson) (2). Exceptionnellement, on l'a vu se vider dans le tube digestif (Laennec) (3) ou à l'extérieur au niveau de l'ombilic (Dupuytren) (4) ou dans le péricarde (Alibert) (5). Le pus qui s'écoule alors est du pus d'abcès chaud mêlé de débris d'hydatides.

Quelquefois la poche est remplie de sang plus ou moins coagulé; c'est qu'alors le kyste a ulcéré un vaisseau. Tel était le cas suivant de Moutard-Martin (6).

OBSERVATION V (résumée)

Kyste hydatique du lobe supérieur du poumon gauche. — Mort.

Une femme de 28 ans, après une marche, prit froid. Elle eut des frissons répétés, fut prise de toux, de malaise et cracha même du sang. Cet état ayant persisté pendant plusieurs jours, elle entra à l'hôpital St-Antoine. A l'examen, on constate tous les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement et compliquée de bronchite. Tel fut le diagnostic porté.

Peu de temps après, brusquement, elle rend par la bouche environ un litre de pus, et meurt par asphyxie pendant un accès de toux.

A l'autopsie, dans la partie antérieure du poumon gauche, on trouve une vaste poche remplie de sang, récemment coagulé et contenant aussi des hydatides. On découvre,

(1) Limperopoulo. — Bullet. soc. médic. des hôpit., 1888.

(2) Thompson. — Roy. med. and. surg. society, 1850.

(3) Laennec. — Cité dans Davaine (Loco cit.).

(4) Dupuytren. — Leçons orales.

(5) Alibert. — Journ. hebd. de médec.

(6) Moutard-Martin. — Union médicale, 1858.

communiquant avec cette poche, un vaisseau pulmonaire béant et une division bronchique. Mais cette dernière est fermée par une hydatide qui s'est engagée dans la lumière bronchique et qui a empêché la malade d'avoir une hémoptysie au moment de la mort. Le kyste siégeait dans le lobe supérieur. Tout le poumon est refoulé et d'aspect fibreux. Le lobe inférieur est réduit à une épaisseur de deux centimètres environ.

Que trouve-t-on, nageant dans le liquide kystique ?

Ce sont d'abord des vésicules arrondies, transparentes, pathognomoniques elles aussi. Leur nombre est variable ; tantôt il y en a à peine quelques-unes, tantôt on en trouve une grande quantité. Dans certains kystes on en a compté plus de deux cents.

Elles naissent par bourgeonnement sessile de la membrane germinative. Elles sont constituées par une substance élastique, homogène, transparente ; elles contiennent un liquide clair et limpide ; elles peuvent elles-mêmes donner naissance à des vésicules semblables.

« Tant que la membrane germinative du kyste hydatique ne donne naissance qu'à des vésicules sans échinocoques, l'hydatide est dite : acéphalocyste. Mais il arrive un moment où la vésicule germinative produit les échinocoques : on dit alors que la vésicule est fertile. L'échinocoque ressemble d'abord à une granulation blanchâtre qui fait saillie à la face interne du kyste et qui se pédiculise. Il est formé d'une tête qui possède quatre ventouses et une couronne de vingt à trente crochets ; la tête est séparée du corps par un col ; le col est arrondi et terminé par un prolongement qui fixe l'animal à la membrane germinative. Quand ce prolongement se rompt, l'animal tombe dans le liquide du kyste » (1).

(1) Dieulafoy. — Pathologie interne.

Les échinocoques mesurent de un à deux dixièmes de millimètres. Il ne faut pas les confondre avec certaines granulations graisseuses, ressemblant à des grains de semoule cuite que Robin a décrites dans certains acéphalocystes stériles. Si les échinocoques manquent, on peut trouver les crochets, facilement reconnaissables au microscope, quand on a la chance d'en rencontrer.

Ils sont isolés ou groupés. On les a comparés à une corne, ou, plutôt, à certains poignards à lame recourbée. On y distingue, en effet, une lame mince et effilée, réunie au manche cylindrique et épais par la garde.

Quant à la poche elle-même, elle est assez mince. Elle a un aspect caractéristique, rappelant du blanc d'œuf coagulé, disposé par lames stratifiées. Quand on en observe des débris, on la reconnaît aisément à son aspect enroulé, dû à sa structure élastique. Elle est formée par une substance analogue à la chitine, et que Hoppe Seyler a appelée hyaline.

En dehors de la paroi propre du kyste, on trouve la membrane adventice, produite par irritation. Bien reconnaissable au foie, elle n'existerait jamais dans le poumon, d'après Cruveilhier. Pour Trousseau, elle manquerait souvent, mais se rencontrerait quelquefois. On croit plutôt aujourd'hui avec Houel (1) et Davaine qu'elle est souvent mince, ce qui lui a permis de passer inaperçue. Le peu d'épaisseur de cette membrane adventice explique la rupture facile du kyste dans une bronche, pendant un effort de toux, ainsi que le retour du poumon sur lui-même après évacuation de la poche. Mais, par contre, et le cas se présente quelquefois, si la membrane adventice est épaisse, le poumon ne revient pas sur lui-même, et il en résulte des suppurations interminables et la mort.

(1) Bull. de la Société anatom.

La marche du kyste suit un processus ulcératif, usant devant lui les bronches ou sectionnant les vaisseaux, comme cela a été noté déjà dans l'observation de Moutard-Martin, ou dans la suivante de Habershon (1).

OBSERVATION VI (Résumée).

Kyste hydatique du poulmon. — Hémoptysie mortelle.

Un jeune homme de 17 ans, se portant bien jusque-là, rendait depuis deux ans et demi de petites quantités de sang, sous forme d'hémoptysie. Bientôt surviennent des signes de cachexie, due à ces hémorrhagies fréquentes. Enfin les hémorrhagies deviennent plus abondantes, se succèdent coup sur coup et le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve une caverne ancienne, due à un kyste hydatique du poulmon, qui s'était ouvert dans une bronche ; on trouve également un rameau assez volumineux d'une veine pulmonaire dilatée et variqueuse. Ce vaisseau était sectionné, d'où l'hémorrhagie mortelle.

Sur les bronches, on peut souvent noter de la bronchite, remontant à une distance variable, et, sur les vaisseaux, des thromboses veineuses ou artérielles, par diminution de calibre.

Après l'ouverture du kyste dans les bronches, il se produit une caverne plus ou moins volumineuse, plus ou moins anfractueuse, ayant tendance à la cicatrisation, lorsqu'elle n'en est pas empêchée par des adhérences préalables ou par l'épaisseur de la membrane adventice. Cette caverne est quelquefois multiloculaire, par suite de la réunion de plusieurs kystes voisins.

Lorsque l'ouverture du kyste se fait dans la plèvre, il se produit un pneumothorax, car cet accident est toujours précédé de l'ouverture du kyste dans les bronches.

(1) Habershon. — Guys hospital report, 1872-1873.

Comme lésions de voisinage, on a noté la pleurésie, tantôt sèche, tantôt avec épanchement, souvent purulent. Dans le premier cas, il se forme des adhérences, ce qui favorise l'évacuation du kyste à l'extérieur.

Du côté du péricarde, on a observé de la péricardite tantôt sèche, tantôt avec épanchement.

La perforation du diaphragme par les kystes pulmonaires est un phénomène bien plus rare que la perforation de ce muscle par les kystes du foie, puisqu'il n'en existe que deux observations (Laënnec et Dupuytren).

Lors que le poumon a été comprimé pendant peu de temps par le kyste, il revient rapidement sur lui-même pour combler la cavité formée. Mais la compression a-t-elle été longue? les éléments alvéolaires se sclérosent, après être devenus granulo-graisseux. Le poumon semble avoir subi la carnisation, comme dans la broncho-pneumonie. Dans un cas de Cornil (1), le poumon, fortement comprimé par un épanchement abondant du côté gauche qui avait dévié le cœur à trois centimètres de la ligne médiane, dans le sixième espace intercostal droit, était réduit à une coque fibreuse, et, au sommet, il restait à peine gros comme un œuf de poule de tissu pulmonaire à peu près sain.

Quelquefois, le poumon se sphacèle sur une étendue variable. les vaisseaux, comprimés, ne le nourrissant plus. Souvent, la gangrène pulmonaire précède l'ouverture du kyste.

A côté de ces faits qui sont des complications, s'en placent d'autres, qui sont plutôt de simples coïncidences : par exemple, la coexistence de lésions tuberculeuses sur un poumon atteint de kyste hydatique.

(1) Cornil et Gibier. — Progrès médical. 1884.

Il ne faut pas confondre la cicatrice de la caverne pulmonaire du kyste avec des lésions tuberculeuses guéries. On a insisté sur ce fait récemment, au Congrès de la tuberculose.

Enfin, signalons encore la possibilité de rencontrer, chez un même malade, un kyste hydatique du poumon et une tumeur de même nature dans un autre organe, le plus souvent dans le foie, la rate ou le rein. Dans ces cas, bien que l'infection hydatique ait eu lieu probablement en même temps, c'est toujours dans le poumon qu'apparaît la tumeur. Cela est dû au peu de résistance qu'offre le tissu pulmonaire. Voici un exemple de ce fait.

OBSERVATION VII (Résumée)

d'après Lorieux (1)

Kyste hydatique du poumon droit et du foie. — Mort.

L..., 59 ans, pharmacien. Rien à noter dans ses antécédents.

Le 19 avril 1886, après s'être refroidi, il est pris, pendant la nuit, d'une fièvre intense, avec frissons et point de côté sous le mamelon droit. La toux est fréquente et pénible. Expectoration muqueuse, puis gommeuse et enfin rouillée. Bref tous les signes d'une pneumonie qui évolue normalement et guérit.

Le 23 juin, en pleine santé, il a une hémoptysie de 60 grammes environ avec quintes de toux violentes. Au milieu de l'expectoration, on trouve un morceau de vésicule caractéristique.

Examen local : Lobe inférieur du poumon droit absolument mat. Pas de voussure ni de murmure vésiculaire. Râles sous-crépitaux sur les parties qui bordent la zone mate.

Rien au foie, à la rate, ni dans la cavité abdominale.

Les jours suivants, le malade continue à rendre des membranes, et après des périodes d'amélioration et d'aggravation, on commence à constater en janvier suivant que le poumon revient sur lui-même.

Quelques mois après apparaissent à l'abdomen deux petites tumeurs de même nature que le malade refuse de se laisser opérer.

Il meurt et il n'est pas fait d'autopsie.

(1) Lorieux. Loc. cit.

CHAPITRE V

Symptômes.

Cliniquement les kystes hydatiques du poumon peuvent se présenter sous des formes multiples.

Quelquefois on les a vus évoluer sans s'être révélés par aucun signe, puis arriver ainsi à la régression et à la dégénérescence calcaire ou graisseuse, et n'être reconnus que par hasard à l'autopsie d'un sujet mort d'une affection absolument différente. Mais on ne peut nier qu'une telle évolution est rare.

Il est moins exceptionnel de voir un sujet, jusque-là bien portant, être pris brusquement d'une dyspnée intense et rejeter par vomique une quantité plus ou moins grande de liquide et d'hydatides. Quelquefois il meurt au moment même de la rupture du kyste : d'autres fois, au contraire, sa cavité évolue comme le ferait un kyste hydatique normal après sa rupture. Ducastel (1) dit avoir vu chez Hérard, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de vingt-cinq ans qui fut pris, après une marche rapide, d'une hémoptysie et rendit des membranes hydatiques. Dans d'autres cas, chez un sujet jouissant d'une santé parfaite, il survient une affection pleuro-pulmonaire (pleurésie, bron-

(1) Ducastel. — Soc. anat., 1870.

chite, pneumonie), qui évolue normalement, mais la convalescence se fait mal, et, alors, apparaissent les différents signes du kyste hydatique du poumon. En voici un exemple.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Kyste hydatique du poumon gauche. — Ponction. — Guérison.
Thèse de Delgrange (1)

A. C..., 52 ans, ancien marin.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Prit froid en 1878, toussa, puis un mois après eut tous les signes d'une pneumonie aiguë de la base du poumon gauche (Frissons violents, expectoration, oppression, signes stéthoscopiques, etc.) Il accusait cependant dès lors, une sensation particulière de plénitude et de tension douloureuse dans la partie gauche de la poitrine.

Au moment où il allait mieux, survint une nouvelle hémoptysie plus abondante et contenant du sang pur.

Il entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Joseph.

Même état pendant 5 mois, avec conservation d'une santé parfaite en apparence. Pas de sueurs nocturnes.

Se sentant mieux, il quitte l'hôpital, mais revient six jours après avec des hémoptysies plus abondantes, toux pénible opiniâtre.

On constate une voussure à la base de la poitrine du côté gauche, vers le 7^{me} espace intercostal. De ce côté, excursion thoracique peu marquée. Pas de vibrations thoraciques, matité absolue, pas d'élasticité, pas de murmure vésiculaire.

Moutard-Martin porte le diagnostic de pleurésie enkystée.

Le 2 février 1879, on fait une ponction dans le 8^{me} espace intercostal gauche. Il sort un liquide eau de roche caractéristique. Mais au moment où on retire le trocart, le malade a tout-à-coup un formidable accès de toux pendant lequel survient une hémoptysie inquiétante.

Le malade se plaint d'une douleur de côté étendue de l'aisselle gauche à la hanche.

Les jours suivants : Expectoration variable, appétit bon. Dans les crachats, on trouve quelques crochets.

(1) Thèse de Delgrange, Paris, 1875.

Bientôt les signes propres du kyste disparaissent peu à peu à la percussion et à l'auscultation.

Le malade, qui se sent faible, perd encore du sang, mais a, à part cela un état général excellent et une musculature puissante.

Mais tous les cas dans lesquels la première période de l'évolution des kystes pulmonaires semble manquer, présentent presque toujours, si on interroge les malades avec soin, quelques-uns des signes par lesquels se révèle ordinairement l'affection. Tantôt c'est une légère douleur au niveau du kyste ; tantôt ce sont des accès de toux avec ou sans expectoration. Dans une observation de Garreau (1), une malade, avant de présenter des signes nets de kyste pulmonaire, eut, pendant trois ou quatre ans, des accès de toux avec douleur sourde au niveau de la mamelle droite. Pendant cette période, deux ou trois fois seulement elle avait eu, durant des journées entières, des accès d'oppression.

Enfin on a vu l'affection débiter quelquefois brusquement par une hémoptysie grave, quelquefois même mortelle, ou par une perforation de la plèvre.

Mais la forme classique arrive d'une façon lente. L'hydatide s'établit dans le poumon d'une manière insidieuse, et les signes qui révèlent sa présence ne deviennent de plus en plus nets qu'à mesure que la tumeur se développe. Ces symptômes sont extrêmement variables.

Aucun d'eux, pris isolément, n'est pathognomonique. Mais, par leur ensemble, ils forment un tout bien défini qui donne à l'affection bien souvent son caractère typique.

Ces symptômes sont nombreux, et, pour les étudier d'une façon clinique, nous considérerons trois périodes dans l'évolution des kystes hydatiques du poumon.

(1) Garreau. — Loc. cit.

Pendant la première, le kyste s'accroît. La deuxième est caractérisée par les signes si nets qui indiquent la rupture : c'est le plus souvent à ce moment-là seulement qu'est fait le diagnostic. La troisième période comprendra la période terminale, soit que la pochè kystique revienne sur elle-même, amenant la guérison, soit qu'une suppuration interminable, épuisant le malade, entraîne la mort.

1^{re} PÉRIODE, — Elle débute d'une façon variable. Tantôt pendant des mois et des années, le malade est gêné par une petite toux sèche, quinteuse, coqueluchoïde, à laquelle il n'attache aucune importance. Tantôt ce sont des crachats striés de sang qui attirent son attention, et font penser à une tuberculose pulmonaire commençante. D'autres fois, c'est une douleur qui revêt l'apparence d'une névralgie intercostale. Souvent, c'est un sentiment de gêne, d'oppression, comme si le malade sentait son kyste dans son poumon, ou bien c'est de la dyspnée survenant au moindre effort. Il n'est pas rare de rencontrer bien avant l'apparition des symptômes fonctionnels, un sentiment particulier de fatigue, d'anéantissement, accompagné de somnolence, mais survenant sans amaigrissement et sans aucun signe de dénutrition. Chachereau a noté la crainte du refroidissement comme signe du début. Dans une de ses observations, Lorieux a constaté une sensation de grattage à la gorge. L'épistaxis dont parle Chachereau dans son cas était, sans doute, supplémentaire d'un flux hémorrhoidal supprimé chez son malade.

Bientôt apparaissent les signes propres. *La toux* est souvent le premier symptôme qui marque le début de l'affection. Presque toujours c'est une toux fréquente, sèche, survenant par accès et simulant la coqueluche.

Elle est paroxystique et très pénible, comme on peut le voir dans l'observation suivante de Roger.

OBSERVATION IX (Résumée).

Kyste hydatique du poumon droit. Vomique. — Guérison. (Roger) (1).

P... est né en 1848 de mère tuberculeuse.

En 1856, il fut soigné comme phtisique.

Il présentait une toux paroxystique semblable à celle de la coqueluche et survenant surtout la nuit. Pendant ces accès le petit malade devait se lever ou se tenir demi-couché sur un canapé.

Traitement : Vomitifs. Cautères sur le thorax.

Trois mois après, pendant une période d'amélioration, il est pris, dans la soirée, d'angoisse, s'accompagnant d'efforts violents d'expectoration. Il rend une grande quantité de matières purulentes, horriblement fétides et contenant des fragments de membranes caractéristiques. Le malade éprouva du soulagement.

De nouveau, le 20 août, mêmes symptômes. On ne peut recueillir le liquide.

L'état général était assez bon. Il persistait encore un peu de fièvre et de dyspnée, mais moins forte. Toux moins fréquente et moins douloureuse, mais s'accompagnant d'expectoration séro-purulente grisâtre extrêmement fétide. Le côté droit du thorax est manifestement dilaté inférieurement. A la percussion, matité complète dans les 2/5 du poumon.

Dans toute la région mate : Pas de murmure vésiculaire. Au niveau de la bronche droite, ronchus de grosses bulles à sensation de bouillonnement. Pas de souffle bronchique ni caverneux,

Foie et autres organes paraissant normaux.

La guérison survint peu à peu.

Cinq ans après, en 1861, c'est-à-dire lorsque l'enfant avait 13 ans, la santé s'était conservée excellente.

D'après Roger, ce caractère quinteux et paroxystique de la toux tiendrait à un reflexe dont les voies seraient les

(1) Roger. Loc. cit.

suivantes : le point d'excitation aurait lieu sur les bronches terminales du pneumogastrique au niveau même du kyste. L'excitation se réfléchirait dans le bulbe et amènerait la contraction des muscles expirateurs. Hearn rapproche avec juste raison ce phénomène de ceux qu'a obtenus Rosenthal par l'excitation du bout central du nerf laryngé supérieur.

A côté de cette toux, presque caractéristique des kystes hydatiques pulmonaires, se place une seconde variété de toux fatigante surtout par sa fréquence, mais non paroxystique. Elle est plus rare et s'accompagne souvent d'expectoration. Dans ce cas, il ne faut pas la confondre avec celle qui accompagne la bronchite concomitante, que l'on rencontre si réquement à une certaine période de l'évolution de l'hydatide pulmonaire.

Quelquefois, enfin, la toux est irrégulière et n'offre aucun caractère spécial. Elle peut dans certains cas, précéder de plusieurs mois et même de plusieurs années tous les autres symptômes.

La douleur est encore un des bons signes des kystes hydatiques pulmonaires. Elle est moindre que dans les kystes de la plèvre, mais serait constante, d'après Finsen. Cependant Hearn cite un certain nombre d'observations où elle n'est pas signalée. Néanmoins, on la rencontre plus fréquemment dans les kystes des autres régions.

Elle se présente sous deux formes différentes selon l'époque où on l'observe. Au début c'est plutôt une sensation de corps étranger intrapulmonaire ; le malade éprouve dans le thorax, au niveau même du point où siège le kyste, un sentiment de gêne, de pesanteur, qui survient à certains moments, par exemple pendant les efforts, pendant les quintes de toux ou à l'occasion d'une inspiration un peu profonde.

Plus tard cette douleur devient persistante et continue ;

ordinairement elle est peu vive. Ce n'est qu'exceptionnellement que, comme dans le cas de Ridge (1), elle revêt un caractère d'intermittence. Lorsque la douleur est vive, c'est que, le plus souvent, la tumeur s'est compliquée d'adhérences pleurales ou de gangrène pulmonaire. Cette dernière cause amène fréquemment son exacerbation dans les jours qui précèdent l'ouverture du kyste.

Cette douleur siège, comme nous l'avons dit, au niveau même du kyste: quelquefois, elle simule absolument une névralgie intercostale; plus rarement elle est en hémithorax.

Très-souvent elle s'irradie vers l'épaule droite. On a, en outre, noté des irradiations dans le cou, la région de l'omoplate, l'épigastre, la région hépatique, les creux sus et sous-claviculaires, etc., irradiations qui voilent la netteté primitive du siège de la douleur.

Quelle est la cause de ces douleurs?

Hearn croit pouvoir les attribuer soit à la compression des nerfs par la tumeur, soit à une névralgie intercostale réflexe. Mais c'est là une simple hypothèse.

Nous pouvons rapprocher du symptôme *douleur*, la sensation particulière d'ondulation qui était perçue par le malade dont Brugnon (2) nous rapporte l'observation.

La dyspnée est, d'après Letulle, un des symptômes les plus fréquents du début. Pour cet auteur, elle serait constante et ne varierait que par son intensité. Cependant on l'a vu manquer quelquefois. Par exemple, au commencement, lorsque le kyste n'a pas atteint au moins le volume du poing, il est exceptionnel de l'observer. Davies

(1) Ridge. — Guy's Hosp. Report, 1836.

(2) Brugnon. — Giornal per servir. a. progres. del. pathol. le de terap., 1883.

Thomas (1) l'a vu manquer chez un homme robuste et dont la poitrine était largement développée, dont le kyste cependant remplissait la moitié du thorax. Par contre, ce symptôme fait bien rarement défaut chez les sujets à poitrine étroite.

Il survient généralement d'une façon lente, excepté après un traumatisme du thorax. Dans ce dernier cas, on l'a vu quelquefois brusquement apparaître. Mais le plus souvent, au début, il existe une dyspnée passagère qui survient après un effort, une marche un peu rapide. De suite le malade s'essouffle et éprouve une gêne plus ou moins considérable. Les tumeurs abdominales, entre autres la grossesse (Finsen), agissent de la même façon. De même, le moindre rhume qui, en temps ordinaire, n'aurait aucune influence, suffit à déterminer, chez ces malades, une gêne respiratoire considérable.

On a noté quelquefois une dyspnée spasmodique survenant d'une façon intermittente. Elle peut alors simuler un accès d'asthme. Il est probable que, dans ce cas, le kyste, pour une cause quelconque, subit une brusque augmentation de volume, comprime le poumon, amenant ainsi une grande gêne de la respiration. Mais, bientôt, le poumon s'habitue à cette compression et tout rentre dans l'ordre.

Pendant la plus grande partie de l'évolution du kyste, la dyspnée ne survient donc que par moments. Mais à mesure que la tumeur augmente, les accès se rapprochent. Bientôt même, la gêne fonctionnelle devient continue et, en même temps, plus intense, sans jamais, cependant, atteindre l'acuité qu'elle a au moment de la rupture de

(1) Davies Thomas. — Medical Times and Gaz. London, 1881.

la poche. Elle va, pourtant, quelquefois, jusqu'à l'orthopnée ; mais c'est exceptionnel.

De nombreuses causes contribuent à amener cette dyspnée, c'est d'abord la diminution du champ de l'hématose dans toute la zone pulmonaire comprimée par le kyste ; Il peut y avoir aussi compression d'une bronche ou d'un vaisseau. Enfin le thorax peut être immobilisé, soit par une douleur intense, soit par le volume considérable de la poche kystique.

Ajoutons aussi que dans quelques cas, une lésion concomitante peut amener une gêne fonctionnelle dans une partie et même dans la totalité d'un poumon. Cela s'observe surtout lorsque le kyste se complique de bronchite, de bronchopneumonie, de pneumonie ou de pleurésie.

L'expectoration, pathognomonique au moment de la rupture, ne donne jusque là que des renseignements peu précis. C'est le plus souvent l'indice que des complications inflammatoires sont venues se greffer sur la lésion pulmonaire préexistante. Mais comme ces accidents (bronchite, pneumonie, etc.) manquent rarement, l'expectoration est souvent un bon symptôme. Elle manque presque toujours dans les kystes pleuraux, d'après Delgrange.

Au début, elle est séreuse ou muqueuse et fréquemment s'accompagne des signes stéthoscopiques de la bronchite. Souvent, aussi, l'expectoration rappelle absolument celle de l'adénopathie trachéo-bronchique. Enfin dans quelques cas où une pneumonie ouvrait la scène, on notait des crachats semblables à ceux de la pneumonie franche.

Au début, l'expectoration n'a donc pas de caractère bien tranché ; plus tard elle peut devenir simplement plus

abondante, mais souvent, bien avant qu'il y ait rupture du kyste, l'expectoration est purulente. Le pus se forme alors entre la membrane adventice et le poumon, en quelque sorte, dans cette zone pulmonaire plus ou moins sclérosée, qui entoure immédiatement la poche kystique.

Signalons, enfin, la fétidité particulière que prennent parfois les crachats. C'est alors un signe de gangrène pulmonaire. Souvent cette expectoration à odeur horrible de sphacèle, précède de quelques jours seulement la rupture du kyste.

Il est fréquent que l'expectoration, dès le début, soit striée de sang. Les crachats sont alors, en quelque sorte, panachés. Mais les caractères que présente l'hémoptysie, aux différentes périodes de l'évolution des kystes hydatiques du poumon, nous obligent à l'étudier à ces différentes périodes. L'étude de ce symptôme a été particulièrement bien faite dans la thèse de Delgrange.

L'hémoptysie, par sa fréquence et ses caractères, est un des meilleurs signes des kystes hydatiques du poumon. Elle manque rarement lorsqu'on envisage toute la durée de la maladie, du début à la guérison ou à la terminaison fatale. A ce point de vue, Harn, sur cent quarante-quatre cas de kystes pleuro-pulmonaires, l'a vue manquer environ dans un cinquième des cas, et encore, parmi ces derniers, de son aveu même, entrent ceux dont les observations sont rapportées brièvement en quelques lignes. De plus, si nous tenons compte de la rareté de l'hémoptysie dans les kystes pleuraux (au nombre de quatorze dans la thèse d'Harn), nous verrons que ce signe manque dans un dixième des cas.

Mais nous n'étudions ici que l'hémoptysie qui précède la rupture du kyste. Elle est bien moins fréquente,

mais on la rencontre encore dans les deux tiers des cas environ. A cette époque, l'hémorrhagie est bien rarement mortelle. Mais elle peut être inquiétante par sa fréquence, car elle est presque toujours à répétition.

C'est souvent un signe du début, le seul souvent pendant de longues années, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par l'observation suivante :

OBSERVATION X (Résumée).

Kyste hydatique du poumon droit. — Pneumotomie. — Guérison.
(d'après Fenger et Hollister) (1).

X..., 34 ans. 12 ans avant de venir consulter a eu des hémoptysies. Depuis quelque temps douleur au niveau du sein droit.

En 1879, ce malade rend par vomique une pinte environ de matières blanches comparées à du papier.

Depuis lors : Anorexie, expectoration, fièvre, amaigrissement notable.

A la percussion : Matité à droite dans la station assise. Tympanisme en avant dans le décubitus dorsal.

Diagnostic : Caverne du lobe moyen du poumon droit avec bronchite purulente circonscrite.

Un mois après, les mêmes symptômes continuant, on fait une pneumotomie. L'opération conduit sur une vaste excavation. On voit alors au fond de la plaie une masse d'un blanc jaunâtre qui rentre dans la poitrine dès que la toux cesse et qui tend à sortir, au contraire, pendant les accès. On extirpe cette masse qui est reconnue pour un kyste hydatique. La plaie est lavée, drainée et pansée.

Le malade quitte l'hôpital trois mois après. La percussion et la respiration sont redevenues normales. Il persiste encore un peu de toux, mais la fièvre a totalement disparu.

Le malade est donc guéri.

(1) Fenger et Hollister. — The american Journal of medical Science, 1881.

L'hémoptysie, avant la rupture, peut se produire soit tout à fait au début de la maladie, soit, au contraire, peu de temps avant la rupture du kyste.

Au début, ce symptôme peut revêtir deux aspects. Quelquefois, le sang est vermeil, rutilant, aéré, mais toujours peu abondant. Il semble qu'il soit rendu par suintement à travers l'épithélium bronchique par « oozing », comme dit Bird.

D'autres fois, au contraire, les crachats sont à peine aérés, noirâtres, quelquefois presque noirs. C'est à cet aspect que Chachereau a donné le nom de « *crachats cassés* », par opposition aux crachats rosés, dits « crachats groseille », qu'on rencontre dans d'autres affections (le cancer pulmonaire, par exemple). Cette coloration foncée est due au séjour prolongé du sang dans les ramifications bronchiques. L'expectoration, dans cette forme, peut se faire sans effort de toux.

L'hémoptysie survient souvent sans cause appréciable; mais, quelquefois, on la voit apparaître après un phénomène exagérant la pression vasculaire (marche, effort, ascension d'un escalier, etc.). Dans une observation de Borgiotti, elle se reproduisait chaque fois que le malade pratiquait le coït.

Les hémoptysies du début sont ordinairement peu abondantes. Elles céderaient très rapidement à l'ergotine, d'après Chachereau.

Avant la rupture, l'hémoptysie, si elle avait cessé, peut réparaître. Elle a souvent des caractères particuliers. Elle peut être plus abondante et s'accompagner de quintes de toux extrêmement pénibles. L'expectoration est quelquefois, en même temps, sanglante et purulente, lorsqu'il y a suppuration au niveau de la membrane adventice. C'est

à cet aspect des crachats qu'on a donné souvent le nom de « *crachats panachés* ». Bien souvent, ils offrent, peu de temps avant l'ouverture, l'horrible odeur du sphacèle.

On doit distinguer l'hémoptysie propre des kystes hydatiques de celle qui existe dans les lésions pulmonaires qui peuvent se rencontrer à l'état de complication pendant l'évolution de la tumeur. Tels sont, par exemple, les crachats visqueux et rouillés de la pneumonie, qu'on a signalés bien des fois.

Comment se produit cette hémoptysie du début ? Pour Chachereau, le kyste, en se développant, comprime les vaisseaux pulmonaires, amène ainsi une hyperhémie voisine. Le sang peut alors transsuder à travers les parois bronchiques. Il y a donc diapédèse et non rupture.

Pour Hearn, le kyste, dans le poumon, se comporte comme un parasite : Il se nourrit aux dépens des éléments voisins, d'où apport plus considérable du sang dans les vaisseaux. Sous l'influence de cette augmentation de pression, il peut se produire ou bien la diapédèse des globules rouges, ou même la rupture des capillaires.

Dans quelques cas, comme dans l'observation de Chachereau, l'hémoptysie coïncidait avec la disparition d'un flux hémorrhoidaire dont elle était supplémentaire.

Enfin, dans quelques cas, l'hémoptysie survient à la suite de lésions de voisinage (congestion pulmonaire, pneumonie, broncho-pneumonie).

L'hémoptysie est, on le voit, un très bon symptôme bien que variable. Elle n'est pas pathognomonique, mais peut fournir d'excellents points de repère, lorsqu'elle coïncide avec d'autres signes.

D'après Finsen, en Irlande, où la tuberculose est, pour

ainsi dire, inconnue, la constatation d'une hémoptysie est presque un symptôme pathognomonique du kyste hydatique pulmonaire.

L'hémoptysie se fait-elle par les vaisseaux pulmonaires ou les vaisseaux bronchiques ? Il est probable — et c'est l'avis de Balzer — que, le plus souvent, les uns et les autres peuvent y prendre part.

Le *vomissement* est un symptôme plus rare. Il a cependant quelquefois été noté au début. Il peut survenir soit pendant les efforts de toux, soit sans cause appréciable, comme dans l'observation suivante. Peut-être alors est-il d'origine réflexe :

OBSERVATION XI (Résumée).

Kyste hydatique du poumon droit. — Ponction sans résultat. —

Pneumothorax. — Mort. — (Casabianca) (1).

J. R. . . , 45 ans, cordonnier, n'offre pas d'antécédents personnels.

Un an avant son entrée à l'hôpital, vomissements glaireux répétés s'accompagnant de douleurs vives à l'épigastre. Sentiment d'éfaiblesse générale, d'anéantissement.

Traités par l'eau de Vichy, les vomissements cessent et il reprend des forces.

Bientôt après, il présente de nouveau les mêmes symptômes et ressent en même temps une douleur d'abord sourde et intermittente, puis persistante et constante, à la base de la poitrine, du côté droit. Oppression, puis dyspnée.

Il entre à l'hôpital le 10 juin 1885.

Etat actuel : Décubitus latéral droit. Plus de vomissements. Douleur comme plus haut. Gêne respiratoire intense et paroxysmique. Toux s'accompagnant d'expectoration visqueuse, rouge brique, d'odeur fade. (Elle date de cinq mois).

Examen de la poitrine : Voussure arrondie ou plutôt étalée remontant jusqu'au 4^e espace intercostal. Tous les espaces intercostaux inférieurs bombent du côté malade.

(1) Casabianca. — Loc. cit.

Percussion : matité considérable à la base droite, limitée par une zone sonore ; sonorité exagérée au sommet.

Auscultation : Le murmure vésiculaire est affaibli dans la zone mate. On y entend quelques râles sous-crépitaux. Les vibrations thoraciques sont abolies.

La voix ne retentit pas.

Le côté gauche de la poitrine est normal.

Rien au cœur, au foie, à la rate, aux reins.

Examen microscopique des crachats : Pas de bacilles ; beaucoup de globules sanguins.

M. Daulos porte le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

22 Juin : Ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. On ne retire que du sang. Malgré l'aseptie de la ponction (flambage) les crachats deviennent purulents, fétides, brunâtres, le 25 juin.

Nouvelle ponction avec le Potain dont l'aiguille est enfoncée à sept centimètres. On ne retire que du sang.

Après plusieurs alternatives de mieux et d'aggravation, le malade meurt le 19 août, après avoir présenté des douleurs vives à droite (pneumothorax), de l'œdème de tout le côté droit du thorax et des signes de cachexie.

Autopsie : Adhérences pleurales épaisses. On trouve un demi-litre environ de liquide sero-purulent dans la plèvre droite. A deux centimètres et demi dans le parenchyme pulmonaire, le kyste adhère à la plèvre costale et diaphragmatique. Zone fibreuse de un centimètre d'épaisseur lui formant une coque. Dans le kyste liquide, eau de roche avec vésicules filles.

A cinq centimètres du kyste, dans le parenchyme, on trouve une petite caverne entourée de granulations tuberculeuses. (L'examen bactériologique n'en a pas été fait). Rien aux sommets.

Les troubles de la voix sont rares. Un kyste siégeant très haut et développé vers le médiastin, surtout à gauche, pourrait comprimer le pneumogastrique ou le récurrent.

On a cependant rencontré de l'enrouement (Harn, Chacherau), la faiblesse de la voix (Baron (1), Vigla). La voix était rude et basse dans une observation de Gairdner (2).

(1) Baron. — Mém. de l'Acad. de méd., 1845.

(2) Gairdner. — Edimburg. med. Jour., 1857.

Dans quelques cas, la tumeur, évoluant vers le médiastin, a comprimé les vaisseaux qui le traversent. La *compression de la veine cave supérieure* avec œdème des membres supérieurs est citée une fois par Davaine (observation de Leroux). Celle de la *veine cave inférieure*, niée par Letulle, a cependant été signalée plusieurs fois. Tels sont les cas de Babington (1), Arrowsmith (2), Pinaut (3), Garreau, Genouville (4). L'œdème unilatéral a été rencontré par Caron et Soubeyran (5). Enfin il existe une observation de Federici (6), où la tumeur comprimait l'aorte.

Un symptôme intéressant à noter et que nous avons déjà trouvé plusieurs fois dans les observations dont nous avons donné le résumé, c'est la façon dont se fait le *décubitus*. Au début le décubitus est indifférent, mais à mesure que le kyste grossit, il se fait comme dans les épanchements de la plèvre, c'est-à-dire que, pour laisser à son poumon sain tout son jeu, le malade se couche sur son côté atteint. C'était le cas du malade qui fait le sujet de l'observation suivante de Cooke (7).

OBSERVATION XII (Résumée)

Kyste hydatique du poumon gauche. — Pneumotomie. —
Guérison. Cooke (1)

La nommée A. F..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 14 décembre 1884, présentant de la toux avec expectoration mucopurulente, perte de l'appétit, sentiment de faiblesse, dyspnée au

- (1) Babington. — Guy. s. Hôpit. reports, 1844.
- (2) Arrowsmith. — Prov. méd. Jour., 1844.
- (3) Pinaut. — Soc. anatom., 1854.
- (4) Genouville. — Soc. anatom., 1857.
- (5) Caron et Soubeyran. — Société de biologie, 1852.
- (6) Federici. — Rivista. clin. di Bologna, 1868.
- (7) Cooke. — Austral Médic. Journ. Melbourne, 1883.

moindre mouvement. Pas d'émaciation ; température et pouls normaux. Matité marquée à la base du poumon gauche, remontant jusqu'au creux axillaire. A ce niveau, faiblesse du murmure vésiculaire. Le décubitus gauche est seul possible, le décubitus droit amène une gêne considérable de la respiration.

Douze mois avant son entrée, la malade avait eu une hémoptysie; malgré cela sa santé avait toujours été très bonne jusqu'à il y a 15 jours.

Le 22 janvier, après symptômes fébriles et expectoration fétide, ponction entre les 7^e et 8^e côtes en arrière, l'aiguille étant dirigée obliquement en haut. On retire un peu de pus.

Le 28 janvier, la malade passe en chirurgie. On lui fait une pneumotomie dans le même espace que la ponction. Pansement.

Le lendemain : gros drain, lavage à la glycérine boratée.

Le 25 février, la malade peut être considérée comme guérie. Elle a déjà augmenté de poids.

Mais lorsque la dyspnée est intense, le décubitus est impossible. Le malade présente alors de l'orthopnée.

L'état général des malades est, sinon bon, du moins meilleur qu'on est tenté de le croire avec tous les signes qu'ils présentent. Nous avons déjà parlé, au début de ce chapitre, de ce sentiment spécial de dépression noté bien souvent dans les observations. Le malade est abattu, sans forces, éprouvant une sensation d'anéantissement (Trousseau), que les uns ont comparé à l'état particulier qu'on rencontre dans la maladie d'Addison et que d'autres ont rapproché de la somnolence que donne le chloral. Mais ce sentiment de lassitude — et c'est là un point important — coïncide le plus souvent avec la conservation absolue du bon état général. Les saillies musculaires sont comme à l'état sain et l'embonpoint persiste fort longtemps.

Les digestions et l'appétit restent comme par le passé. C'est l'intégrité des fonctions digestives qui permet au

malade de subvenir à la déperdition que lui cause l'évolution du kyste hydatique.

Avant la rupture de la poche, ce n'est qu'exceptionnellement que les malades maigrissent, ont de la diarrhée, se cachectisent. Quant à la fièvre, elle est également très rare pendant cette première période. Lorsqu'elle survient; c'est que: ou bien le kyste a suppuré, ou bien une maladie intercurrente a amené une élévation de la température.

A côté de ces signes fonctionnels, se placent les signes physiques dont l'importance n'est pas moindre. Il est absolument exceptionnel de les voir manquer jusqu'au moment de la rupture du kyste comme cela eut lieu dans le cas de Poore (1).

Un des plus importants de ces symptômes, c'est la *voussure*. Trousseau y ajoutait avec juste raison une grande importance. Malheureusement, la tumeur n'est appréciable à l'extérieur que quand elle a acquis déjà un certain volume. Dans les cas typiques, la voussure est bien limitée, globuleuse, circonscrite. Elle siège au niveau même de la tumeur. Ces caractères ne se trouvent jamais dans la pleurésie ordinaire, presque jamais dans la pleurésie circonscrite. Aussi Hearn a-t-il pu dire que la voussure était un signe qui, « à lui seul, pourra nous » autoriser, à l'exemple de Vigla, à tenter la ponction » exploratrice ». Malheureusement, d'après cet auteur, on ne la rencontrerait d'une façon nette que 25 fois sur 144 cas de kystes pleuro-pulmonaires. Souvent, on voit simplement une saillie diffuse, mal délimitée d'un côté de la poitrine avec saillie notable des muscles intercostaux.

(1) Poore.— The Lancet (1879).

Il ne faut pas confondre la voussure que présentent ces kystes avec la saillie que Woillez (1) dit avoir rencontrée normalement du côté gauche sur un quart des sujets sains.

Lorsqu'on examine un malade atteint d'hydatide pulmonaire, on constate : *une gêne notable de ces excursions thoraciques*. Quain (2) en a rapporté un exemple remarquable. Il semble que la poitrine soit immobilisée dans un état moyen de dilatation. Aussi ce symptôme est-il plus appréciable à la vue, au moment de l'inspiration et surtout de l'expiration, qu'au moyen du ruban métrique. Il en résulte que la respiration est haute et appartient au type *costal supérieur*. Signalons encore, parmi les signes appréciables à la vue, *la déformation hippocratique des doigts* que nous rencontrons ici comme dans toutes les lésions pulmonaires chroniques (Trousseau).

La palpation, qui est parfois douloureuse, permet rarement de constater la *fluctuation*. Ce n'est que dans quelques cas absolument exceptionnels, lorsqu'un kyste tendait à s'ouvrir à l'extérieur à travers un espace intercostal, qu'on a pu l'observer sur un point.

Il en est de même du *frémissement hydatique* auquel Briançon attachait une si grande importance. L'absence de ce phénomène semble due à la résistance de la paroi costale. Cependant, dans un cas de Lorieux, que nous avons cité page 53, il y avait une sensation particulière d'ondulation et de chatouillement. Pour cet auteur, ce fait serait dû à ce que les vésicules filles très distendues, très élastiques, pouvaient, au moindre ébranlement, produire une ondulation particulière et prolongée.

(1) Woillez. — Dict. de diagn. médic., 1870.

(2) Quain. — Transact. of. patholog. society, 1833.

Les *vibrations thoraciques* sont d'autant plus diminuées que le kyste siège plus près de la paroi ; c'est donc un signe éminemment variable. Par la *percussion*, on obtient de bons renseignements sur la tumeur. Tout d'abord, le doigt qui percute perçoit une certaine résistance. On note ensuite tous les degrés entre la submatité légère et la matité absolue. Cette dernière ne se rencontre que lorsqu'il y a déjà voussure ; elle est d'autant plus marquée que le kyste est plus superficiel. Cependant le poumon peut être comprimé entre la tumeur et la paroi et donner de la matité. Elle n'obéit pas aux lois de la pesanteur. Sa délimitation supérieure n'a pas une forme parabolique à convexité supérieure, mais, comme dans les pleurésies enkystées, elle est irrégulière.

Un symptôme sur lequel, avec juste raison, Bird a beaucoup insisté, c'est la brusque transition entre la zone mate et la zone sonore.

Quelquefois même la partie qui touche immédiatement la région mate présente une sonorité exagérée.

L'*auscultation* ne donne aucun résultat lorsque le kyste est très-petit. Plus tard, lorsqu'il est encore intrapulmonaire, on entend encore le murmure vésiculaire, mais celui-ci devient de plus en plus faible, tandis que le kyste s'accroît. Dès que, par son volume, il comprime suffisamment la lamelle pulmonaire, située entre lui et la paroi, pour l'empêcher de respirer, le murmure vésiculaire disparaît, c'est le silence absolu ; mais sur le pourtour de la tumeur, au contraire, la respiration devient exagérée, puérile.

Lorieux a attiré l'attention sur un bruit spécial, connu, d'après Galliot, des médecins d'Islande. C'est un bruit de clapet ou de soupape au moment de l'expiration. Voici, pour cette auteur, la pathogénie de ce phé-

nomène. Après la mort du parasite, il peut y avoir rétraction légère de sa vésicule et par suite souffle caverneux à l'inspiration dû à l'entrée de l'air dans la cavité ainsi fermée. A l'expiration, au contraire, la paroi kystique viendra obturer l'orifice et produire le bruit de clapet. Ce fait fut vérifié à l'autopsie; voici d'ailleurs le résumé de cette observation :

OBSERVATION XIII (Résumée).

Kyste hydatique du poumon droit. — Mort. (Lorieux) (1).

X..., matelot, entre à l'hôpital en avril 1884 pour fièvre et point de côté à droite : Il souffre depuis longtemps, mais davantage depuis une semaine. En plus de la fièvre et de la douleur, il a eu des frissons répétés avec dyspnée intense et expectoration sanguinolente survenant par petite quantité après des accès de toux quinteuse très pénibles.

Examen : Facies grippé. — Teint plombé. — Yeux larmoyants. — Peau chaude et sèche. — Amaigrissement rapide dans ces derniers temps. — Température, 39°,6. — Langue sèche. — Le malade est agité.

Ampliation thoracique en retard du côté droit sur le côté gauche. Douleur à droite dans les inspirations profondes. Le périmètre n'est pas modifié au ruban métrique. Les intercostaux sont douloureux. Vibrations thoraciques normales.

En percutant au niveau de la saillie, on sent un frémissement, sorte d'ondulation. La matité est absolue, arrondie et limitée très exactement à la voussure.

Auscultation : Râles de bronchite dans les deux poumons.

Dans la zone mate : A l'inspiration, souffle caverneux presque amphorique. A l'expiration : bruit de clapet, de soupape, puis silence.

Bientôt survinrent des signes de suppuration. On n'intervint pas et le malade ne tarda pas à mourir.

Autopsie : Dans le lobe inférieur du poumon droit, on trouve un kyste hydatique d'un volume d'une tête de fœtus. La

(1) Lorieux. — Loc. cit.

membrane adventive du kyste avait suppuré et une communication en biseau existait entre une bronche et la cavité située au pourtour de l'hydatide mère, qui était un peu flétrie. A l'ouverture du kyste, il s'écoula un liquide louche avec une grande quantité de crochets et de cellules filles de toutes dimensions.

Rien dans les autres organes.

On peut encore entendre à l'auscultation des symptômes variés tenant, non pas au kyste pulmonaire lui-même, mais à des lésions voisines concomitantes. C'est ainsi que dans la bronchite, on peut entendre des râles muqueux, ronflants ou sibilants; lorsqu'il y a pleurésie sèche, on entend des frottements rudes. La pneumonie compliquée-elle l'affection, elle se manifestera par des râles sous-crépitants, fins à la fin de l'inspiration. Avec l'hémoptysie apparaissent de petits craquements fins et humides.

D'autres fois les signes stéthoscopiques sont dus à la compression. C'est ainsi par exemple que, lorsqu'une grosse bronche est comprimée, la respiration est soufflante.

L'auscultation de la voix ne donne pas beaucoup de symptômes probants. L'égophonie est exceptionnelle, mais la transmission de la voix est ordinairement exagérée.

Le kyste, en se développant, *peut déplacer les organes thoraciques*. C'est le cœur qui est le plus souvent dévié. Cette déviation se fait, tantôt à gauche (Bally (1), Vigla, Southey (2), tantôt à droite (Pillon (3), Moutard-Martin, Delgrange, Cornil et Gibier (4). Dans l'observation de ces derniers, le cœur battait dans le troisième espace intercostal droit; on le sentait dans l'aisselle gauche chez le

(1) Bally. — Journ. des conn. médic., 1838.

(2) Southey. — Bartholom. hosp. reports, 1867.

(3) Pillon. — Soc. anatom., 1836.

(4) Cornil et Gibier. — Progrès médical, 1884.

malade de Southey. Lorsque l'épanchement est à gauche, le cœur n'est pas toujours dévié à droite. Il peut être déplacé à gauche par suite d'un mouvement de torsion sur son axe, étudié par Derignac (1) et Cornil et Gibier. C'est au retour du cœur à sa place, lorsque ce mouvement de torsion existe, que sont dus probablement les accidents syncopaux si fréquemment observés au moment de la ponction. Le cœur en effet reprend souvent sa place au fur et à mesure que le liquide s'écoule par le trocart ainsi que Vigla l'a observé.

Parmi les organes qui peuvent être déplacés, citons encore le diaphragme et le foie, qui sont fréquemment abaissés lorsque le kyste siège vers la base.

On a signalé encore, parmi les symptômes physiques, l'apparition de l'urticaire et de signes d'intoxication divers dont l'explication a été depuis longtemps méconnue.

L'urticaire est un symptôme assez fréquent de kyste hydatique pulmonaire. Elle peut apparaître à un moment quelconque de l'évolution du kyste ou après une ponction. C'est Finsen qui l'a signalée le premier pour le poumon.

Pour Hearn, elle ne surviendrait qu'après la première ponction ; mais c'est là une erreur, car dans l'observation de Chachereau, l'urticaire fut à répétition. Son intensité varie : quelquefois, c'est à peine si elle attire l'attention du malade ; d'autres fois elle donne lieu à une éruption plus ou moins généralisée (Arnault) (2). Enfin on a noté des signes graves, d'intensité variable, tels que : syncope, collapsus, diarrhée, mort.

Quelle est la pathogénie de ces symptômes ?

Pour Finsen, elle serait due à la pénétration, à

1. Derignac. — Progrès médical, 1883.

2. Arnault. — Bulletin médical du Nord, 1881.

l'irruption du liquide dans une séreuse (la plèvre) ; pour Kaposi (1), elle surviendrait par action réflexe, après épanchement de liquide dans le péritoine. Hearn se demande si c'est dû à la réaction alcaline du liquide ou à la présence des crochets.

On croit aujourd'hui, avec Debove, que la cause de l'urticaire est une intoxication par les toxalbumines dont il a déjà été question dans l'anatomie pathologique.

Il nous reste encore à dire un mot d'un dernier signe qui est plutôt un moyen d'investigation : c'est *la ponction exploratrice* qui peut donner d'excellents résultats diagnostiques, mais, outre qu'elle n'est pas exempte de dangers, comme on peut le voir dans les différentes observations que nous avons rapportées, il lui arrive souvent de donner des résultats faux. Aussi ne sera-t-elle indiquée que dans des cas exceptionnels.

DEUXIÈME PÉRIODE. — Cette période correspond à la rupture de la poche. Ses symptômes sont caractéristiques, mais varient cependant avec le point où s'ouvre le kyste.

Le plus souvent c'est dans les bronches. C'est un temps dramatique de l'évolution des kystes pulmonaires. C'est, en effet, le moment le plus dangereux de la maladie.

La rupture se fait, le plus souvent, après une quinte de toux.

La douleur est caractéristique. Elle est souvent atroce, donnant la sensation de quelque chose qui se rompt dans la poitrine. Elle peut être assez vive pour déterminer la syncope (Broadbeut) (2).

Cette douleur est encore plus intense lorsque le kyste

(1) Kaposi. — Traité de dermatologie annoté par Besnier et Doyon.

(2) Broadbeut. — Lancet, 1871.

se rompt dans la plèvre, ou bien lorsqu'un kyste de la plèvre se rompt dans les bronches.

Dans le cas unique de Laënnec, où l'ouverture s'est faite dans les voies digestives, le malade avait ressenti de vives douleurs au creux épigastrique.

Cette sensation de déchirure doit être distinguée du sentiment d'angoisse inexprimable qui survient alors et qui appartient plutôt à la dyspnée.

Cette *dyspnée* est brusque et terrible. Elle va jusqu'à l'orthopnée. Le malade est assis sur son lit, faisant de vains efforts pour respirer. Ses lèvres sont violacées, son visage pâle. Ses extrémités se refroidissent, son pouls est petit et inégal, sa voix brève. L'asphyxie est imminente s'il ne débarrasse pas rapidement ses bronches des produits qui les encombrent. Quelquefois la mort arrive à ce moment. Hearn en a rapporté un exemple. Quelquefois; au lieu de cette dyspnée intense et rapide; on observe une dyspnée plus légère, mais continue. Le malade asphyxie lentement et meurt en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Cette dyspnée peut être due : 1° à l'obstruction de la trachée ou des grosses bronches par un débris de membrane; 2° à l'abondance du liquide; 3° à la formation brusque d'un pneumothorax. Fouquier (1) et Mercier (2) en ont rapporté chacun un exemple. On en trouve d'autres dans la thèse de Lehmann.

Pendant cette période asphyxique, le malade est secoué par une *toux violente*, en accès rappelant les accès les plus pénibles de la coqueluche, d'après Spring (3). Elle est surtout typique par sa violence et la rapidité de ses

(1) Fouquier. — Cliniq. des hôp. Journ. analyt., N° 5.

(2) Mercier. — Soc. anat., T. XIII.

(3) Spring. — Dict. de diagn. méd.

quintes, qui sont subintrantes. Les secousses sont rapides, pressées. Elles peuvent, en comprimant l'estomac, provoquer le vomissement. Cette toux est due à la fois à l'asphyxie et à l'excitation, par l'irruption du liquide, de la muqueuse des bronches terminales.

C'est alors qu'apparaît la *vomique* ou expectoration hydatique, presque pathognomonique. C'est souvent à ce moment seulement qu'est établi le diagnostic. Le malade rend souvent, à flot, un liquide clair comme de l'eau de roche, qui s'écoule par le nez et la bouche, quelquefois avec impétuosité, lorsqu'il est abondant. Sa quantité, en effet, est très variable. Pendant la vomique, le malade perçoit un goût salé. Presque toujours inodore, le liquide peut, cependant, présenter une forte odeur de sphacèle, lorsque le kyste s'est accompagné de gangrène pulmonaire (1). Dans ce cas, il contient toujours du pus.

La vomique peut être limpide, purulente ou athéromateuse, selon l'état du kyste qui se rompt.

Dans le liquide, on trouve des vésicules filles, tantôt entières, tantôt à l'état de débris. Leur nombre est variable (de 1 à 200). Lorsqu'elles sont rompues ou lorsqu'il y a des morceaux de la paroi kystique, on voit, nageant dans le liquide, des débris lamelleux, recroquevillés, caractéristiques. Signalons encore la présence d'échinocoques ou de leurs crochets, souvent difficiles à trouver. On a vu dans quelques cas, la poche kystique être évacuée en entier. Rarement, la vomique, au lieu d'être liquide, présente un aspect gélatineux. C'est qu'alors le kyste appartenait à la variété dite alvéolaire.

A l'expectoration hydatique, se joint presque toujours

(1) Voir plus loin notre observation,

une hémoptysie, variable comme quantité, mais souvent considérable. En règle générale, durant les jours qui ont précédé la rupture du kyste, se sont produites de petites hémoptysies. Notre observation ne fait pas exception à cette règle.

Le sang rendu au moment de l'expectoration hydatique est tantôt pur, tantôt mêlé de débris. L'hémoptysie peut être foudroyante (Pillon (1), Kidd (2). Marconnet avait rendu deux cuvettes et demie de sang. Ces hémoptysies peuvent se reproduire dans la suite, à chaque nouvelle vomique (Husson) (3).

On peut facilement prévoir le résultat fatal qu'entraînera la rupture de certains kystes qui prennent naissance à l'intérieur de gros vaisseaux pulmonaires.

Cependant il ne faudrait pas s'exagérer la gravité de ces hémorrhagies. S'il est vrai qu'elles peuvent être mortelles, ce n'est pourtant pas le cas le plus fréquent. Au contraire, le plus souvent, les malades se disent notablement soulagés par elles.

° Cette hémorrhagie semble agir comme une saignée locale, comme anti-pyrétique et lorsque la fièvre existait avant la rupture du kyste, on en observe la chute à ce moment. Ce fait a été mis en lumière par Bard et Chavannes (4). Lorsque l'élévation de la température tenait à la purulence du kyste, on comprend facilement que l'évacuation de la poche en amène, temporairement du moins, un abaissement.

Signalons enfin, comme signes accessoires de cette

(1) Pillon. — Soc. anat., 1836.

(2) Kidd. — The Lancet, 1883.

(3) Husson. — Soc. anat., 1840.

(4) Bard et Chavannes. — Revue de med., 1888.

période, *l'urticaire* qui peut survenir, ainsi que l'a dit Finsen, rapidement et d'une façon presque généralisée, lorsque le kyste s'est ouvert dans la plèvre. Il semble qu'il se forme là une résorption active du liquide et de ses toxines, cause de l'accident.

Enfin, à côté de ces ruptures bruyantes et tapageuses — forme ordinaire — on a vu le kyste s'ouvrir insidieusement dans les bronches, sans hémoptysie, sans douleur, sans quinte de toux. Mirallié (1) en a observé un cas de ce genre.

Nous donnons ici comme typique de la rupture d'un kyste hydatique pulmonaire, l'observation de Chachereau.

OBSERVATION XIV (Résumée).

Kyste hydatique du poumon gauche ouvert dans les bronches. —
Guérison. (Chachereau) (2).

Le sujet de cette observation était un étudiant en médecine, âgé de 33 ans.

Pas d'antécédents dignes d'être notés, si ce n'est, à l'âge de 23 ans, une pleurésie insidieuse qui guérit spontanément, sans ponction.

En 1879, le malade ressent une douleur vive dans le côté gauche, durant quelques jours, mais ne donnant aucun signes stéthoscopiques.

Les années suivantes, à diverses reprises, douleur localisée à la gorge, s'accompagnant de toux et de crachats petits et noirâtres. Les accidents surviennent plusieurs fois, mais durent peu.

Au printemps 1882, le malade ressent une gêne inexplicable, une sensation de dépression, d'anéantissement, s'accompagnant d'une sensibilité très grande au froid. Aucun symptôme local.

Le 12 mai : Toux sèche, survenant sans cause apparente et s'accompagnant de grattage à la gorge. A ce moment, pas

(1) Miraillé. — Gaz. des Hôpitaux, 1893.

(2) Chachereau. — Loc. cit.

sant un examen de médecine, il prend froid par une porte ouverte. La toux augmente, devient fréquente, sonore, coqueluchoïde, presque sans expectoration. A ce moment, la respiration devient obscure au sommet gauche, mais on n'entend pas de râles.

Le 22 mai : Les crachats sont petits, très compacts, opaques, non aérés, non visqueux et homogènes comme de la gelée. Mais ils sont presque noirs. Ce sont ces crachats que Chacheveau nomme les *crachats cassis* par opposition à ceux qui apparurent plus tard et qui étaient groseille.

Le 16 juin, dans les couloirs même de l'école de médecine, sans cause appréciable, le malade est pris brusquement d'un terrible accès de suffocation. Il s'arrête, s'adosse au mur, et pendant un violent accès de toux, expulse deux fausses membranes d'un blanc nacré. La plus grosse avait le volume d'un grain de raisin. Mais il n'y eut pas expectoration de liquide ni de goût salé. Le rejet de ces fausses membranes s'accompagna d'une hémoptysie assez abondante, inquiétante même.

Dans la suite, il expectore de nouveau des hydatides. Il en rejeta chaque fois qu'il faisait un effort, quand il montait les escaliers, quand il montait en voiture ou qu'il vomissait, etc.

Le 9 juillet, après avoir été mouillé, il est pris de nouveau de quintes de toux violente, s'accompagnant d'hémoptysie assez abondante. Dans le sang rejeté, on trouve des hydatides.

Le décubitus ne peut se faire que du côté droit, car du côté gauche il éprouve une gêne considérable. A ce moment il a une poussée violente d'urticaire siégeant à la région lombaire. Vers le 15 juillet, le malade semble marcher vers la guérison. Son état général et local s'améliore. Mais à partir du 1^{er} août, son état empire de nouveau et il constate alors que son expectoration est devenue purulente.

Cela dure ainsi pendant plusieurs mois, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation et plusieurs fois de nouvelles poussées d'urticaire.

Même état jusqu'au 8 novembre, c'est-à-dire pendant plus de trois mois. Puis, à partir de ce moment, le malade s'améliore singulièrement, il ne rend plus d'hydatides, ses forces et l'appétit reviennent. Il se sent lui-même beaucoup mieux. Le poumon revient sur lui-même beaucoup mieux. Localement, les symptômes s'amendent. Les signes cavitaires diminuent. Le

poumon revient sur lui-même et vient rapidement combler la cavité kystique, Bientôt après, le malade est guéri.

TROISIÈME PÉRIODE. — Nous n'insisterons pas sur les signes de la troisième période. Ils diffèrent de ceux présentés pendant la première, par le fait que la poche kystique, primitivement pleine, s'est vidée.

Quand constatera-t-on des signes cavitaires ?

A la vue, au lieu d'une voussure, on trouve les espaces intercostaux déprimés (Hare (1) Gairdner) (2).

La percussion ne donne pas grand chose, quand la poche est vide ; mais dès qu'elle atteint un certain volume, on perçoit un bruit de pot fêlé, avec tintement métallique. A l'auscultation, on entend un bruit de gargouillement ; mais lorsque la caverne est grande, au gargouillement, se joint le souffle caverneux ou amphorique.

Le souffle bronchique est rare.

La voix est bruyante, caverneuse, amphorique. L'égophonie, qui est exceptionnelle, a cependant été entendue par Vigla.

Voici une observation, très résumée, qui montre bien la différence entre la première et la deuxième période.

OBSERVATION XV (Résumée).

Kyste hydatique du lobe supérieur du poumon droit. Vomique.

Suppuration. Gangrène. — Mort. (Gairdner) (1).

H. L..., chauffeur, 27 ans, entre à Royal Infirmary, en juillet 1854.

Tousse et crache depuis longtemps, mais est surtout malade depuis deux ans. A cette époque : douleur dans l'épaule droite.

(1) Hare. Trans. of. path. Soc., 1837.

(2) Gairdner. — Edimburg medic. Journ., 1837.

Six mois plus tard : impotence fonctionnelle du bras droit, hémoptysie. — Bientôt après inappétence et amaigrissement.

A la percussion : matité à droite, en avant, sous la clavicule. Respiration à peine perceptible. Vibrations vocales et résonnance vocale très diminuées. Diagnostic : Tuberculose pulmonaire. La partie supérieure du thorax, à droite, était également mate ; pas d'élargissement.

Le 16 novembre : hémoptysie abondante accompagnée d'expectoration aqueuse.

Le sang disparaît les jours suivants, mais les crachats deviennent purulents et prennent l'odeur gangréneuse.

Le malade s'affaiblit, sa toux est fréquente, paroxystique. La voussure a disparu. La voix était rude et basse.

Dans les crachats, on trouva des débris incontestables de membranes hydatiques. On porta alors le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

On constatait alors que la voussure avait disparu, que la zone autrefois mate était tympanique. Respiration tubaire et râles caverneux. Poumon gauche sain.

Le malade se cachectise, tandis que la gangrène augmente.

Il meurt le 19 novembre.

Autopsie : Le poumon droit est adhérent dans les 5/6 supérieurs. On y trouve la cavité reconnue pendant la vie, communiquant largement avec la bronche droite, reste d'un kyste hydatique volumineux, garni de fausses membranes.

Les parois sont partiellement sphacélées et le poumon voisin sclérosé.

Dès lors, après la deuxième période, deux voies sont ouvertes au malade. Est-il soulagé par sa vomique ? Dans ce cas, il rend encore quelques membranes et quelques débris de poche ; puis l'oreille perçoit que le poumon revient rapidement sur lui-même, comblant la cavité. Après un temps plus ou moins long, le malade est guéri.

Mais il s'en faut de beaucoup que les choses se passent toujours aussi bien, surtout lorsque la tumeur est abandonnée à elle-même. Dans ces cas, après une période d'amélioration passagère qui suit presque toujours la

rupture du kyste, on ne constate aucun changement des signes cavitaires. Le poumon ne revient pas sur lui-même, et, à la place de la tumeur, se trouve une vaste poche, n'ayant aucune tendance à se rétrécir. Ses parois suppurent abondamment, et les produits de la suppuration, en partie résorbés par le poumon lui-même, attaquent le bon état général, conservé souvent pendant longtemps. Le malade maigrit, a des sueurs nocturnes, la fièvre s'allume et si l'on n'intervient pas, il s'éteint bientôt d'hecticité. Telle est l'observation suivante de Roger.

OBSERVATION XVI (Résumée).

Kyste hydatique du poumon droit. — Vomique. — Mort. (Roger) (1).

M^{lle} R..., 15 ans, non menstruée, d'une santé délicate, presque cachectique.

Depuis le mois d'avril 1860, elle est atteinte d'une toux sèche, fréquente, pénible, quinteuse, rappelant la coqueluche. Plus tard survint une expectoration abondante accompagnée par intervalles de coques semblables à de gros raisins, dont la nature ne fut reconnue que plus tard.

A cette époque : fièvre, dyspnée, amaigrissement. On diagnostique une pleurésie chronique avec tubercules probables.

On l'envoya à Luchon, où, après une crise de toux, d'oppression et de fièvre, elle rendit de 30 à 40 hydatides.

Elle passa l'hiver à Amélie-les-Bains et fut améliorée.

L'année suivante (1861) nouveaux accidents.

Le 15 mars, pâleur extrême. Le décubitus n'est possible que du côté droit (côté malade).

La respiration est haute, assez rapide, sans douleur.

Palper douloureux à droite entre la région sus-mammaire et hépatique.

La toux est fréquente, s'accompagnant de rejet de pus, mêlé de sang et de sanie.

A la vue, la poitrine est saillante en bas et à droite.

(1) Roger, loc. cit.

Impossible de produire le frémissement hydatique.

Pas de respiration vésiculaire.

Le pouls est de 110 à 120.

Elle a de la diarrhée, mais ses matières ne contiennent pas d'hydatides.

Traitement : Inspiration iodée (mal supportée) et camphrée.
Amélioration.

Mais 15 jours après aggravation.

Le 19 juillet : Vomissements, avec rejet de pus et d'hydatides.

Le 27 juillet : Accès de suffocation avec nouvelle vomique purulente et hydatique.

La matité, malgré cela, remonte jusqu'à la clavicule.

La malade est dans le demi-coma.

On agite la question d'un empyème mais on ne le fait pas de crainte de précipiter la mort. La malade meurt le 27 juillet.

On ne fit pas l'autopsie.

CHAPITRE VII.

Complications

Les complications, que l'on peut rencontrer dans le cours de l'évolution d'un kyste hydatique du poumon, sont nombreuses. Les unes tiennent à l'exagération d'un des symptômes que nous avons énumérés précédemment. Les autres sont dues à la compression d'organes thoraciques. D'autres, enfin, sont des lésions pleuro-pulmonaires, se localisant au voisinage du kyste, ce dernier se développant dans le poumon comme une véritable épine, qui servira de point d'appel à l'inflammation.

Dans les complications du premier groupe, nous ferons entrer les *hémorrhagies foudroyantes*, par rupture de gros vaisseaux pulmonaires ou bronchiques : l'*asphyrie* au moment de la vomique, le *pneumothorax*. Il en est de même de la suppuration, soit qu'elle soit survenue pendant le cours de l'évolution du kyste, soit qu'elle se développe après une fonction exploratrice mal faite.

L'urticaire entrera encore dans ce groupe, lorsque, comme dans l'observation de Chachereau, elle survient plusieurs fois, donnant lieu, en quelque sorte, à une forme spéciale d'urticaire à répétition, ou bien, lorsque, comme dans le cas d'Arnault (1), elle est confluyente et généralisée.

(1) Arnault. — Bul. méd. du Nord, 1881.

Dans le second groupe, nous comprendrons : les *palpitations* assez souvent signalées, qu'elles soient dues à la gêne apportée par la tumeur à la circulation pulmonaire, ou bien au déplacement du cœur, dans les kystes volumineux.

La *syncope* par torsion du cœur, lorsqu'il subit un mouvement de rotation sur son axe, comme dans les cas de Dérignac, doit être également citée.

Il en est de même de l'œdème, qu'il soit cachectique ou qu'il survienne par suite de la compression des gros troncs veineux. Dans une observation que nous [avons donnée plus haut, il coïncidait avec un épanchement purulent de la plèvre.

La *sclérose du poumon* comprimé contre la paroi thoracique mérite à peine le nom de complication. Elle fait partie de l'évolution normale du kyste hydatique.

Enfin, citons encore la *dysphagie* par compression de l'œsophage qui n'est notée nulle part, mais qui toutefois est possible, et le *vomissement* pendant les efforts de toux. Dans une de nos observations, nous avons rencontré ce phénomène sans pouvoir le rattacher à une cause appréciable.

Parmi les lésions pleuro-pulmonaires, nous trouvons d'abord la *bronchite*, qui fait presque partie de l'évolution normale de l'affection. Il en est de même de la *bronchopneumonie*. Letulle dit avoir vu, chez Vulpian, un paralytique général, atteint de kyste hydatique du poumon, qui présentait une pneumonie hypostatique de la base du poumon gauche.

La *pneumonie* a surtout été étudiée par Walske (1) et

(1) Walske. — Progrès méd., 1882.

Mirallié (1). C'est le plus souvent une complication du début. Dans la thèse de Hearn, on la trouve environ dans un neuvième des cas. Elle existe surtout dans la portion du poumon contiguë au kyste. Cependant Quain (2) rapporte une pneumonie double comme symptôme de début. Cette complication revêt les allures d'une pneumonie franche, tant par ses symptômes généraux que par ses symptômes locaux. Nous avons cité une observation de ce genre. C'est toujours une complication grave. Elle a quelquefois entraîné la mort du malade. (Trochon (3), Neucourt (4), etc.) Elle revêt quelquefois l'aspect de la congestion pulmonaire et, dans ces cas, comme le fait observer Mirallié, l'examen bactériologique peut seul trancher le diagnostic. Netter (5), en effet, a trouvé des pneumocoques dans l'expectoration d'un malade présentant cette complication.

Disons, enfin, « qu'il ne semble pas irrationnel d'admettre » que la présence du kyste détermine dans le poumon des » conditions favorables au développement du pneumocoque » et, si l'on peut admettre avec M. Lorieux, une influence de » la pneumonie sur l'évolution du kyste, on peut comprendre » aussi que le kyste, jusque-là latent, a été un point d'appel » pour le pneumocoque et que le premier signe apparent de » la maladie a été la pneumonie (6). »

La gangrène est souvent un accident redoutable; elle affaiblit le malade, le cachectise et rend presque toujours son kyste purulent, ce qui est une circonstance défavorable. En

(1) Mirallié. — Loc. cit.

(2) Quain. — Transact. of path. Soc. London, 1873.

(3) Trochon. — Soc. anat., 1840.

(4) Neucourt. — Soc. anat., 1842.

(5) Netter. — Soc. méd des Hôpitaux, 1892.

(6) Mirallié. — Loc. cit.

outre, elle crée un mauvais terrain. Elle n'est malheureusement pas très rare. Son pronostic varie avec son étendue. C'est un signe tardif, mais, souvent, il est précurseur de la mort. Dans ce cas les crachats prennent une odeur horriblement fétide, l'état général s'aggrave et la température monte.

Elle apparaît soit à la suite de la compression d'un vaisseau nourricier d'un département pulmonaire, soit à la fin d'une inflammation pulmonaire très intense.

La tuberculisation des malades atteints de kystes hydatiques pulmonaires, a été considérée comme une simple coïncidence par Trousseau et Hearn. On doit cependant y voir, véritablement, une complication. Ainsi, chez un malade de Gombault (1), qui succomba huit mois après une vomique hydatique, on trouva des lésions tuberculeuses greffées sur l'ancienne caverne hydatique et par conséquent postérieures. Par contre, on a signalé la germination du kyste hydatique sur des lésions tuberculeuses. Ajoutons aussi que l'hecticité et la cachexie, causées par la suppuration du kyste, amènent un état favorable à la tuberculisation. Cependant nous devons ajouter qu'on a pris quelquefois des kystes hydatiques en voie de régression athéromateuse pour des lésions tuberculeuses. C'est là une erreur qu'on évitera facilement.

Il nous reste encore à étudier *la pleurésie*. Elle peut être sèche, ce qui est fréquent, ou avec épanchement, ce qui est rare. Toutefois, dans une observation citée plus haut, nous avons trouvé un épanchement purulent de la plèvre. Comme la pneumonie, la pleurésie est souvent

(1) Cité par Letulle. — Art. Poupon. Dict. de Jaccoud.

une complication du début. Marconnet avait eu sa pleurésie six ans avant de présenter les symptômes de kyste hydatique pulmonaire. Fréquemment, elle a des allures normales; mais, souvent aussi, elle est à répétition, tenant le médecin en éveil contre la tuberculose, surtout si le malade a présenté quelqu'hémoptysie. Il n'est pas rare de la voir se résorber très vite, en quarante-huit et même en vingt-quatre heures.

Telles sont les principales complications que peuvent présenter les kystes hydatiques du poumon.

On peut encore placer dans ce chapitre la coïncidence assez fréquente d'une tumeur de même nature dans une autre région, en première ligne dans le foie, puis dans la rate, les reins, le péritoine, etc. La gravité de cette complication variera avec le siège du kyste, sa situation et l'état général du sujet.

CHAPITRE VIII

Marche. — Durée. — Terminaison.

La *marche* des kystes hydatiques du poumon est très variable. Chez l'un, elle évolue pour ainsi dire sans symptômes propres, lentement ; chez l'autre, elle affecte une marche rapide. Cependant, cette dernière forme est plutôt l'exception ; elle survient surtout chez des malades ayant depuis des mois, quelquefois des années, un kyste latent qui reçoit brusquement un coup de fouet après une maladie intermittente (fièvre grave, affection fébrile du poumon, grossesse, traumatisme, etc.).

Souvent, la marche de l'affection est irrégulière et, après une évolution lente, on voit apparaître tout-à-coup des signes bruyants, inquiétants, qui bientôt, à leur tour, disparaissent pour laisser la tumeur évoluer comme auparavant.

La *durée* est toujours longue. Pour Davaine, elle est en moyenne de deux à quatre ans. Mais c'est là une appréciation schématique, car on sait combien il est difficile de connaître le début de la maladie. Lorsqu'il est possible de la diagnostiquer, il est certain qu'elle existe déjà, souvent depuis longtemps. Mais, même lorsque dès le début apparaissent un ou quelques-uns de ses

symptômes, on la voit souvent durer des années. Précédemment nous avons cité une observation dans laquelle le malade avait eu ses premières hémoptysies 12 ans avant le début clinique des autres signes.

Quelqu'incertaine qu'en soit la durée, nous sommes convaincu, comme Hearn, qu'elle est moins longue dans les kystes du poumon que dans ceux du foie à cause de la différence de consistance que présentent ces deux tissus.

La *terminaison* normale semblerait devoir être la dégénérescence athéromateuse, mais cliniquement ce mode d'évolution est absolument exceptionnel ; aussi généralement admet-on l'ouverture dans les bronches — qui semble plutôt être un accident — comme terminaison normale.

La suppuration entre dans le chapitre des complications, car ce n'est qu'un épisode dans l'évolution du kyste.

Lorsque cette tumeur est abandonnée à elle-même, elle peut, ou bien guérir, ou, ce qui est plus fréquent (59 %, Davaine) (82 pour 149, Hearn), 113 pour 208, Davies Thomas), amener la mort du sujet.

Lorsque la guérison a lieu, c'est que le kyste est devenu athéromateux ou bien qu'il s'est ouvert dans les bronches, à l'extérieur ou dans l'intestin.

Le premier mode de guérison (dégénérescence athéromateuse) est tellement exceptionnel que Hearn l'a nié. Il est cependant incontestable qu'il existe, comme on peut s'en rendre compte en lisant l'observation de Limperopoulo ou la thèse de Poulalion.

Pour que le kyste se résorbe, il faut: 1° la mort de l'animal; 2° la résorption ou l'évacuation du liquide;

3° le retour possible des parties pulmonaires voisines sur elles-mêmes.

Lorsque ces conditions sont remplies et si le kyste n'a pas été infecté, les éléments solides s'accumulant, forment une bouillie dans laquelle on rencontre des débris de scolex, des sels de chaux, des cellules épithéliales. Cette matière molle peut complètement se calcifier et donner naissance à une variété de pierre du poumon.

Ce mode de guérison des kystes hydatiques pulmonaires est le but qu'on se propose d'atteindre par la ponction.

Le second mode de guérison, de beaucoup le plus fréquent, est l'ouverture dans les bronches. Nous avons déjà vu dans quelles circonstances inquiétantes il se produit, nous n'y reviendrons pas. Cette évacuation est quelquefois unique (dans les kystes dits stériles, ou acéphalocystes) mais le plus souvent répétée jusqu'à évacuation complète. Pour que la guérison survienne, lorsque les accidents immédiats de la rupture sont passés, il faut que le poumon n'ait pas été comprimé trop longtemps; et qu'il soit encore assez élastique pour revenir sur lui-même. S'il était sclérosé, cartilagineux ou calcifié, il persisterait une caverne intarissable, cachectisant le malade et amenant fatalement la mort.

L'ouverture à travers les parois est plus rare et peut se terminer par la guérison comme dans le cas de Thompson (1) où l'ouverture se faisait à la fois à l'extérieur et dans les bronches.

Citons encore l'observation de Laënnec dans un cas de

(1) Thompson. — Roy, med. and. surg. society (1850).

kyste suivi de guérison, après rupture dans le tube digestif.

La mort peut survenir : 1° avant la rupture du kyste, 2° pendant la rupture, 3° après la rupture.

Elle survient rarement *avant la rupture*. Dans ce cas, le malade succombe le plus souvent à la suite d'une affection pleuro-pulmonaire intercurrente, dont le kyste a été le point d'appel. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a vu mourir le malade d'asphyxie lente. Il faut pour cela un kyste extrêmement volumineux, comprimant la totalité d'un poumon. Ordinairement, la rupture se fait avant qu'il n'ait atteint ce volume. Plus rarement encore, on a noté la mort subite par compression des viscères thoraciques.

Mais c'est surtout *au moment même de la rupture* que la terminaison fatale est fréquente. Souvent alors on voit une hydatide volumineuse oblitérer une grosse ramification bronchique, quelquefois même le larynx ou la trachée et brusquement, après quelques efforts de toux, le malade cyanosé, la face vultueuse, meurt asphyxié.

La mort foudroyante peut encore survenir à ce moment par la rupture d'un gros vaisseau pulmonaire ou bronchique. Le malade alors meurt exsangue, rendant abondamment par le nez et la bouche du sang mêlé d'hydatides. Nous avons cité déjà plusieurs observations de ce genre.

Une autre cause de mort, c'est le pneumothorax. L'asphyxie peut alors survenir brusquement, mais quelquefois aussi elle est lente. Dans cas de Fouquier (1), elle mit 22 jours avant d'amener l'issue fatale.

(1) Fouquier. — Loc. cit.

Enfin nous ne pouvons passer sous silence le cas unique d'Alibert (1). Son malade succomba brusquement à la rupture du kyste dans le péricarde.

Dans la troisième période, c'est-à-dire *après la rupture de la poche hydatique*, le malade n'est pas encore sauvé. Souvent, en effet, il peut encore être emporté comme dans la première période par une maladie intercurrente.

D'autres fois les hémoptysies qui surviennent presque toujours au moment de la rupture, se répètent d'une façon inquiétante, le malade tombe parfois dans un état d'anémie très grave, auquel il peut ne pas résister,

Mais la cause principale de la mort à cette période, est la suppuration de la poche. La paroi s'infecte, suppure, et le malade, émacié, ne tarde pas à mourir en état d'hecticité. C'est ce que les anciens avaient nommé la *phthisie hydatique*. Cette complication peut même survenir après que le kyste a été traité par l'empyème ainsi que Mac Gillivray en rapporte un exemple. Il en est de même lorsque le kyste, se rompant dans la plèvre, n'a pas amené un pneumothorax immédiatement mortel. La terminaison fatale n'est que remise à plus tard, lorsque s'est établi le pyo-pneumothorax.

Enfin signalons encore, après ces causes de mort par suppuration, la mort par gangrène pulmonaire étendue, qui n'est pas ici l'exception.

(1) Alibert. — Journ. hebd. de méd.

CHAPITRE IX

Diagnostic.

Casabianca prétend, avec juste raison, que les kystes hydatiques du poumon sont les plus difficiles à diagnostiquer de toutes les affections intrathoraciques. Ce sont, en effet, des tumeurs rares et qui, par leurs symptômes, se rapprochent de beaucoup de maladies. Pour Bird même, pendant un temps assez long, le diagnostic est impossible. Pour l'établir, il faut que la poche contienne au moins de huit à seize onces de liquide. D'après cet auteur, jusqu'à la rupture, il n'est pas permis de l'affirmer sans réserve.

N'oublions pas cependant que dans certains pays, où, comme en Islande, la tuberculose est une rareté, des hémoptysies répétées sont un grand signe de probabilité de l'affection qui nous occupe.

Le diagnostic devra se faire : 1° Avant la rupture ;
2° Après la rupture ;

1° *Avant la rupture.* — A cette époque, le diagnostic se fera surtout avec les maladies intrathoraciques.

On ne confondra pas un kyste hydatique du poumon avec une *tuberculose pulmonaire au début*, bien que cette erreur soit extrêmement fréquente. Lorsque les deux lésions coïncident (ce qui a lieu presque dans un quart des cas,

(Lebert), le diagnostic est à peu près impossible. A première vue, certains signes semblent communs aux deux affections. Tels sont, par exemple, l'âge des malades, la prédisposition aux bronchites, la toux et les hémoptysies du début, la fièvre, la submatité, l'affaiblissement des bruits respiratoires, la déformation hypocratique des doigts. Mais par contre, ces affections diffèrent par de nombreux signes que nous avons réunis dans les tableaux suivants :

TUBERCULOSE PULMONAIRE AVANT LA
FORMATION DES CAVERNES

Le malade présente des antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires.

L'affection siège le plus souvent au sommet.

Presque toujours, les deux sommets sont plus ou moins pris.

Les douleurs sont vagues et inconstantes comme siège.

L'expectoration apparaît dès le début.

Elle devient purulente à la période de ramollissement, mais, à partir de ce moment, ne devient jamais plus claire.

Les crachats ont une odeur fade.

Par des recherches successives et faites avec soin, on rencontre presque toujours des bacilles.

KYSTES HYDATIQUES DU POU MON AVANT
LEUR RUPTURE DANS LES BRONCHES

Pas d'antécédents le plus souvent.

Le siège le plus fréquent est la base, surtout à droite.

La lésion est rarement bilatérale, exceptionnellement symétrique et il n'existe pas d'exemple de kystes des deux sommets.

Les douleurs sont localisées au niveau du kyste et persistantes.

La toux existe sans expectoration pendant une période plus ou moins longue.

L'expectoration devient purulente d'une façon variable, mais le plus souvent après la rupture. Elle est surtout muqueuse jusque-là. Lorsque les crachats sont purulents d'une façon précoce, c'est dû à une affection intercurrente (bronchite, etc.), et ils redeviennent presque toujours muqueux.

Ils sont sans odeur ou présentent l'odeur horrible du sphacèle.

On n'en rencontre jamais.

Rapidement, l'état général devient mauvais. Perte des forces, amaigrissement, inappétence, troubles gastro-intestinaux, insomnie, bientôt fièvre vespérale, sueurs nocturnes.

En même temps, on observe souvent d'autres lésions de même nature (phtisie laryngée, ulcérations buccales, fistules à l'anus. Il n'y a jamais de déviation du cœur ou d'abaissement du foie.

La dyspnée s'établit lentement, mais n'offre pas d'accès paroxystiques marqués, et ne disparaît plus complètement après qu'elle a paru.

Les hémoptysies contiennent du sang rouge et spumeux, au début d'abord abondantes, elles deviennent de plus en plus faibles.

A la vue, pas de déformation thoracique au début. Plus tard, dépression de la région sous-claviculaire.

A la percussion, submatité entourée d'une zone périphérique mal limitée, formant transition avec le poumon sain.

Les vibrations thoraciques sont augmentées, les corps solides étant bons conducteurs.

Au niveau de la région affaiblie, respiration sourde, soufflante, saccadée, c'est-à-dire modifiée.

Au voisinage de la lésion, la respiration est obscure ou diffuse.

Le malade éprouve souvent un sentiment vague de lassitude, mais il y a conservation des forces, du bon état général avec intégrité des fonctions de la digestion, même lorsque le kyste est volumineux.

Rien du côté de ces organes, mais possibilité d'un kyste de même nature ailleurs (foie, rate, reins, etc.). Quelquefois déviation du cœur ou abaissement du foie.

La dyspnée survient par accès paroxystiques et peut cesser complètement entre les accès.

Elles sont peu abondantes au début, le deviennent de plus en plus, apparaissent sous forme de parcelles rouge-brique, flottant dans un liquide clair. Le sang est souvent noir. (Crachats cassis de Chache-reau.)

Voussure au niveau de la tumeur; les espaces intercostaux correspondants bombent.

Matité ou submatité faisant brusquement place à une zone sonore (quelquefois, même, sonorité exagérée).

Les vibrations thoraciques sont diminuées ou abolies, les corps liquides étant mauvais conducteurs.

La respiration manque plus ou moins, n'est modifiée que s'il existe à ce niveau une complication, ou si un kyste central comprime une portion du poumon, causant ainsi un souffle ou un autre signe de bronchite.

Au voisinage du kyste, la respiration est exagérée.

Si nous avons autant insisté sur le diagnostic de ces deux affections, c'est que, d'abord, il est très important à établir, et d'autre part, malgré les nombreuses différences qui existent entre elles, les plus grands maîtres s'y sont trompés.

Lorsqu'un kyste hydatique pulmonaire évolue avec fièvre, il peut quelquefois offrir l'allure de *la forme aiguë de la tuberculose pulmonaire*. C'est ce qui est arrivé dans un cas de Vidal (1) et dans un autre de Lorieux. Ces deux maladies diffèrent surtout par la marche de la température et les localisations.

La pleurésie de la grande cavité pleurale est facile à distinguer par ses signes propres, mais il n'en est pas de même lorsqu'elle est enkystée.

La *pleurésie enkystée*, en effet, surtout la pleurésie interlobaire, a bien des signes communs avec le kyste hydatique du poumon. Mais son début est plus aigu, plus fébrile. Sa marche est plus rapide et l'état général du sujet plus vite pris. La dyspnée est d'abord très vive, s'accompagnant de point de côté excessivement douloureux, et disparaît ensuite. Il n'y a pas d'hémoptysie. La voussure formée par la tumeur est plus étalée que dans le kyste, moins franchement globuleuse. L'épanchement est séparé du poumon sain par une bande de submatité. La zone de matité ne dépasse jamais la ligne médiane, ce qui peut arriver quelquefois dans les kystes hydatiques du poumon. On constate une absence de murmure vésiculaire qui s'accompagne de souffle lointain, de bronchophonie et d'égophonie, tandis que dans les affections que nous étudions, le silence est absolu (signe de Davaine).

(1) Vidal. — Gaz. des Hôpit., 1872.

Enfin ajoutons, en terminant, que l'épanchement est toujours purulent dans les pleurésies interlobaires.

Les affections que nous venons de passer en revue sont celles avec lesquelles on peut le plus facilement confondre le kyste hydatique du poumon. Celles que nous allons maintenant examiner prêtent bien moins à l'erreur.

On ne confondra pas un kyste hydatique du poumon avec une *pneumonie caséuse*. Plus souvent cette dernière débute d'une façon plus aiguë. Par sa marche, elle rappelle plutôt une pneumonie dont les signes s'immobilisent. L'amaigrissement est très rapide et, presque toujours, on trouvera des bacilles dans l'expectoration.

L'*abcès du poumon* se reconnaîtra facilement, D'ailleurs on retrouvera toujours la cause qui lui a donné naissance.

Le *cancer du poumon* a, lui aussi, des signes propres. Primitif, il est plus rare que les kystes du poumon. Le cancéreux est généralement plus âgé. Dès le début, il ressent des élancements douloureux qui font bientôt place à une douleur atroce. Les crachats sont gelée de groseille, visqueux, peu aérés. Les espaces intercostaux sont déprimés. On trouve de l'exagération des vibrations thoraciques. Par la percussion ou l'auscultation, on découvre rapidement des ganglions dans le médiastin. Presque toujours, il y a très vite des signes de compression des récurrents (dysphonie), de l'œsophage (dysphagie), des veines (œdème du territoire comprimé et circulation veineuse collatérale sur les parois thoraciques). La cachexie est rapide. Enfin, au microscope, dans l'expectoration, on trouve des éléments cancéreux; mais c'est là un signe qui, bien que pathognomonique, ne donne pas de résultats pratiques. — Lorsque le cancer est secondaire, on

aura, pour éclairer son diagnostic, la présence d'une tumeur de même nature dans une autre région.

L'*adénopathie trachéo bronchique* a ses signes physiques prédominants dans la région retrosternale et interscapulaire. La dyspnée revêt quelquefois davantage le type paroxystique et ressemble à des accès d'asthme. Il y a souvent une douleur rétrosternale manifeste. Rapidement apparaissent des troubles de compression surtout du côté des récurrents (dysphonie). L'adénopathie est surtout fréquente chez les enfants.

L'*anévrisme de l'aorte* se reconnaîtra à son double centre de battements, à son bruit de souffle systolique isochrone des battements du poulx. Il y a hypertrophie cardiaque. Selon le point où siège la tumeur, le poulx artériel est retardé dans telle ou telle artère. On note comme dans l'adénopathie trachéo-bronchique, des signes de compression, entre autres, souvent de l'inégalité pupillaire.

Les *hémoptysies des cardiaques* concordent presque toujours avec des lésions mitrales. Quelquefois, elles sont foudroyantes, mais le plus souvent, elles sont, au contraire, peu abondantes et disparaissent après une durée de plusieurs jours. Les crachats ne sont pas aérés, mais très visqueux. Lorsque, en même temps que des hémoptysies répétées, « on constate l'absence de tubercules et l'inté- » grité de l'appareil cardio-aortique, l'hémoptysie est caractéristique (1). »

Quelques affections extra-thoraciques doivent encore être différenciées des kystes hydatiques du poumon.

Ce sont d'abord les *kystes et abcès de la face convexe du*

(1) Jaccoud. — Traité de path. interne.

foie avant leur rupture. Dans quelques cas le diagnostic était difficile à porter, comme dans l'observation suivante d'Empis, par exemple :

OBSERVATION XVII (Résumée).

Kyste hydatique de la face convexe du foie ayant refoulé le diaphragme dans la cavité thoracique. — Mort. — Autopsie. (Empis) (1).

Un homme entre à l'hôpital avec tous les signes d'un épanchement pleural abondant.

Dans les 2/3 inférieurs du côté droit de la poitrine on constate une matité absolue, avec un souffle bronchique et égophonie. Bientôt, le malade se cachectisant, on pratique une ponction entre la 4^e et la 5^e côte. On en retire du pus verdâtre. Les signes d'épanchement diminuent un peu, mais ne disparaissent pas après la ponction et deux jours après le malade est pris d'une vomique purulente. Malgré cela il se cachectise bientôt et meurt.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de la pleurésie purulente, qu'on comptait rencontrer. Mais, sur la face convexe du foie, on voit un vaste kyste hydatique suppuré, qui avait refoulé le diaphragme et le poumon jusqu'au niveau du tiers supérieur de la poitrine.

C'est lui qui, par son développement considérable, donnait lieu à de la matité et à tous les autres signes d'épanchement pleurétique.

On a vu dans quelques cas les kystes hydatiques du foie refouler le poumon plus haut jusque sous la deuxième et même la première côte. Mais ils s'accompagnent presque toujours à leur début de troubles dyspeptiques (surtout du dégoût des matières grasses). Dès qu'ils sont un peu développés ils abaissent le foie d'une façon notable, ce qui n'existe jamais à ce degré pour les kystes hydatiques du poumon. En outre, ils déforment souvent la région épigastrique, effaçant

(1) Empis, — Soc. médic. des hôpit., 1861.

à droite les derniers espaces intercostaux. Ils évoluent sans causer d'hémoptysies. C'est là surtout que l'on a trouvé le frémissement hydatique.

Les kystes de la rate, beaucoup plus rares, ne s'élèvent, pour ainsi dire jamais, dans la cavité thoracique. La seule exception que l'on cite à cette règle est le cas de Rambaud (1). Le plus souvent les kystes spléniques descendent dans la cavité abdominale.

Un diagnostic, pour ainsi dire impossible, est celui des *kystes hydatiques de la plèvre*. Ils sont bien plus rares que ceux du poumon, puisque Hearn n'en a trouvé que 14 cas sur 144 observations, c'est-à-dire, un cas sur dix. D'après Letulle, ils peuvent naître soit dans la cavité pleurale, soit entre la plèvre pariétale et la paroi costale.

Les kystes de la cavité pleurale n'ont pas de membrane adventice, d'après Davaine. Ils sont, pour ainsi dire, libres entre les feuillets de la plèvre. D'après Vigla et Roger, on entend fréquemment, à leur niveau, un souffle doux, voilé quelquefois. Ce souffle peut même revêtir les caractères du souffle caverneux. Il existe souvent de l'égophonie, symptôme qui manque habituellement dans les kystes hydatiques pulmonaires. Très souvent, il se développe accessoirement une pleurésie adhésive ou séreuse. La douleur thoracique semble plus constante, moins variable (Vigla). La toux est sèche, sans expectoration.

Les kystes hydatiques sous-pleuraux siègent le long de la paroi costale, immédiatement au-dessous du feuillet pariétal de la plèvre. Ce sont des raretés pathologiques, dont le diagnostic semble impossible (Davaine). Letulle admet théoriquement, ce qui est probable, que les espaces inter-

(1) Rambaud. — Soc. anat., 1854.

costaux présentent plus rapidement de la voussure dans les kystes de ce genre.

Nous devons encore signaler, en passant, le diagnostic des *kystes hydatiques du médiastin*, diagnostic si difficile qu'il n'a jamais été fait sur le vivant. Il serait impossible pour Davaine. D'ailleurs leur rareté extrême leur enlève de l'importance. Ce sont surtout des trouvailles d'autopsie. Il n'en existe que trois ou quatre cas. Peut-être la percussion, les troubles de la voix, un accès de dyspnée intense permettraient-ils d'y songer ?

Lorsque le kyste n'est pas ouvert, il existe un procédé d'investigation qui donnerait d'excellents résultats au point de vue du diagnostic, mais dont nous nous sommes abstenu de parler jusqu'ici. C'est la *ponction exploratrice*. Nous croyons, en effet, qu'à cause de ses dangers, elle doit être impitoyablement rejetée. James Israël la considère comme dangereuse, parce qu'elle détermine des accès de toux. Ces efforts répétés peuvent, en effet, amener la rupture du kyste. Feytaud, d'ailleurs, avait déjà remarqué depuis longtemps que la ponction était souvent suivie d'urticaire. Lorieux a proposé de faire ces ponctions avec les aiguilles fines d'une seringue de Pravaz; mais, malgré cette précaution, les accès de toux se reproduisent au moment de la ponction et le danger est le même. Ajoutons qu'une vésicule pourrait facilement obturer l'aiguille. Aussi, voyons-nous souvent des ponctions faites de la sorte dans des kystes volumineux et superficiels, rester sans résultat. La ponction exploratrice est donc inutile et dangereuse, car il est démontré que les simples piqûres du poumon ne sont pas absolument exemptes de danger. Sans cela, ce serait un précieux moyen d'investigation permettant, non-seulement d'établir

le diagnostic certain de l'affection, mais encore d'indiquer si le kyste est vivant, mort ou suppuré.

Dans la deuxième période de la maladie, lorsque la poche s'est rompue, le diagnostic est ordinairement facile grâce à l'expectoration et aux signes pulmonaires qu'avait présentés le malade auparavant. L'expectoration du liquide hydatique, avec son caractère brusque et alarmant, ne passe pour ainsi dire jamais inaperçue. Elle frappe le malade et son entourage.

Au moment où elle se produit, elle peut offrir quelques caractères importants sur la vitalité du parasite, et, par suite, pouvant influencer sur le pronostic.

Ainsi que Jon. Finsen l'a dit, un liquide clair, sans albumine et chargé en sels, surtout en chlorure de sodium, indique que le kyste est plein de vie, en plein développement. Il n'a donc présenté ni dégénérescence ni inflammation. Le pronostic, dans ce cas, sera plus favorable, surtout si, dans le kyste, on ne trouve pas d'échinocoques, ce qui indique qu'il est stérile. (Acéphalocyste).

Plus tard le liquide est louche, se trouble par la chaleur. La quantité de sel est la même, mais, en plus, il y a de l'albumine. C'est que les hydatides sont mortes. Le liquide, par les lois de l'osmose, s'est mis en équilibre de composition avec le sérum sanguin.

Enfin le kyste peut être purulent. Cela arrive souvent avant le vomique, lorsqu'il se produit une vive inflammation dans le tissu pulmonaire ambiant. On y trouve de nombreuses granulations graisseuses produites par la régression des cadavres des échinocoques. On trouve abondamment des crochets, la matière chitineuse dont ils sont formés ayant résisté à la décomposition.

On ne confondra pas un kyste hydatique pulmonaire,

rompu dans les bronches, avec une tumeur de même nature du foie, de la rate ou des reins, ayant évolué de la même façon.

Le *kyste hydatique du foie*, comme nous l'avons vu précédemment, en différait déjà pendant son évolution. Après la rupture on a trouvé souvent les matières expectorées teintées en vert jaune par la bile. Le malade, alors ressentait, au moment de la vomique, un goût extrêmement amer. En ajoutant au liquide vomé quelques gouttes d'acide nitrique, on obtient une teinte vert-de-gris. Quelquefois, au lieu d'être jaune, le liquide est brun chocolat. Ce fait est dû à la coloration par du pigment sanguin. D'après Martineau (1), le microscope peut, quelquefois, permettre d'y déceler des cellules hépatiques. Le plus souvent, il n'y a pas d'hémoptysie. On a prétendu que les signes cavitaires faisaient défaut. Mais c'est là un mauvais signe différentiel et Letulle cite un malade de Peter qui présentait nettement du souffle amphorique, et à l'autopsie duquel on trouva une caverne hépatique ouverte dans le poumon. Il en fut de même dans le cas de Marotte (2).

Si nous avons autant insisté sur ce diagnostic, c'est que, d'une part, il est parfois extrêmement difficile et, d'autre part, on peut avoir à l'établir assez fréquemment, puisque d'après Davaine, sur 166 cas de kystes hydatiques du foie, on a observé 21 fois leur rupture dans les bronches.

Les *kystes de la rate* sont plus rares. Nous n'en connaissons que deux observations, celle de Rambaud, dont nous avons déjà parlé, et la suivante de Durosiez :

(1) Martineau. — Nouv. Dict. de méd. et de Chir. pratiqu. Art. Crachat.

(2) Marotte. — Soc. méd. des Hôpit., 1861.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

Kyste hydatique de la rate, vidée par les bronches. — Mort. — Durosiez (1).

Un homme de 31 ans entre à l'hôpital avec tous les signes d'une pneumonie ordinaire. Dans ses crachats, on trouve bientôt des membranes hydatiques et il meurt quelque temps après.

A l'autopsie on trouve un kyste hydatique de la rate qui s'était vidé par le poumon. Le trajet reliant le kyste au poumon était cicatrisé et, par conséquent, il n'existait plus de communication au moment de la mort du malade.

D'après Delgrange, on pourrait quelquefois, dans l'expectoration, reconnaître des parcelles de boue splénique.

Il est extrêmement rare qu'un *kyste hydatique du rein* s'ouvre dans les bronches. Cependant il en existe deux cas, l'un de Heer (2), et le suivant de Béraud.

OBSERVATION XIX (Résumée)

Kyste hydatique du rein droit ouvert dans les bronches. — Mort. — Autopsie. — D'après Béraud (3).

Une femme de 54 ans, qui urinait déjà depuis quelques temps des hydatiques, est prise brusquement d'oppression, de dyspnée s'accompagnant de quintes de toux extrêmement violentes, amenant le rejet de crachats purulents ayant une odeur et un goût d'urine très prononcés.

La malade meurt dans un accès de suffocation, après avoir rendu 7 ou 8 hydatides.

A l'autopsie : On trouve le poumon droit dur à la base et fortement adhérent au diaphragme. Le kyste hydatique siège à la partie supérieure du rein droit ; il communique à la fois avec le thorax et avec l'uretère.

En arrière du kyste, on trouve une collection purulente vaste communiquant avec lui.

(1) Durosiez. — Sociét. de méd. 1870, et Gaz. des Hôp., 1870.

(2) Heer. — De renum morbis. Halæ. 1790.

(3) Béraud. — Des hydatides du rein. Thèse Paris, 1861.

Dans ces deux observations, l'expectoration avait l'odeur urineuse; c'est donc un bon signe de diagnostic. Ajoutons que, lorsqu'un kyste hydatique du rein envahit les bronches, il est presque toujours purulent. Le pronostic a toujours été fatal. L'analyse chimique permettra de reconnaître dans l'expectoration de l'acide urique, de l'oxalate de chaux, du phosphate de soude, et du phosphate ammoniacomagnésien.

Mais lorsqu'il s'agit de distinguer un *kyste de la plèvre ou du médiastin*, ouvert dans les bronches, le diagnostic sera impossible. Ces tumeurs ne peuvent présenter de signes différentiels qu'avant leur rupture, et encore, ces signes sont-ils très peu probants.

Nous ne citons que pour mémoire la confusion possible d'une *caverne pulmonaire chez un tuberculeux*, avec les signes cavitaires présentés par un malade atteint de kyste pulmonaire ouvert dans les bronches. En remontant à la vomique, en recherchant dans l'expectoration des restes de membranes ou des crochets, on arrivera facilement au diagnostic. Le tuberculeux, à la période caverneuse, a presque toujours un état général bien plus mauvais; ce n'est qu'exceptionnellement, que, comme dans un cas de Goupil (1), on pourra confondre un kyste hydatique du poumon, ouvert dans les bronches, avec une *pneumonie*. Letulle rapporte un cas de Balzer, dans lequel un enfant du service de Cadet de Gassicourt eut le croup et en guérit rapidement. Aussitôt après sa guérison, il commence à expectorer des fausses membranes. On crut d'abord à de la *diphtérie chronique*, mais, en regardant de plus près, on reconnut qu'il s'agissait de membranes hydatiques.

(1) Goupil. — Soc. méd. des Hôp., 1861.

Lorsqu'on est arrivé au diagnostic de kyste hydatique pulmonaire, on devra encore rechercher avec soin le siège de la tumeur, son volume, les compressions qu'elle peut produire, ainsi que les diverses complications qu'elle peut présenter ou avoir présentées. On devra rechercher également quel est l'état général du malade.

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit que le diagnostic des kystes hydatiques pulmonaires est très difficile, souvent presque impossible. Cependant nous dirons, avec Delgrange, qu'avant l'expectoration pathogénomique, si un malade présente des crachats sanglants ou muco-sanglants répétés pendant longtemps, s'il n'est pas tuberculeux, si son appareil cardio vasculaire est en bon état, si l'état général est bien conservé, on devra penser à la possibilité d'un kyste hydatique du poumon. On pourra presque affirmer ce diagnostic, lorsque les symptômes précédents coïncideront avec les signes d'un épanchement pleurétique localisé.

CHAPITRE X

Pronostic.

Le pronostic des kystes hydatiques du poumon est grave, surtout lorsqu'on laisse le mal abandonné à lui-même et qu'on n'intervient pas. Davies Thomas, réunissant 208 cas, dans lesquels il n'y eut pas d'intervention, arrive à 113 morts, 71 guérisons et 24 résultats inconnus, c'est-à-dire que, si l'on ne tient pas compte de ces derniers, on trouve 38,58 % de guérison seulement.

Les résultats sont meilleurs, quand le kyste s'est ouvert dans les bronches. Sur les 208 cas précédents, nous notons 133 fois ce mode de terminaison, et 72 % de guérison, c'est-à-dire que le pronostic est deux fois meilleur.

Mais, par contre, l'ouverture du kyste dans la plèvre et la gangrène pulmonaire sont presque fatalement mortelles. La suppuration est assurément une complication grave parce qu'elle affaiblit le malade, amène de la fièvre, enflamme et sclérose le poumon voisin, mais le malade peut encore guérir. Il en est de même des hémoptysies.

Parmi les autres causes aggravant le pronostic, nous trouvons les phlegmons pleuro-pulmonaires concomitants, l'altération de la santé générale, la multiplicité des hydatides sur les autres organes (Peacock (1), (Budd (2))); les kystes alvéolaires entrent dans ce dernier groupe.

(1) Peacock. — Transact. of pathol. soc. London, 1861.

(2) Budd. — Transact. of. pathol. soc. London, 1859.

» — Medic. times and gaz., 1858.

Comme circonstance rendant le pronostic moins sévère, notons la stérilité de la paroi du kyste et son évacuation complète.

Tel est le pronostic dans les cas où l'on n'est pas intervenu. Mais un traitement approprié diminue singulièrement la mortalité, puisque sur 118 cas où il y a eu intervention, nous avons 74 guérisons, 32 morts, 12 résultats inconnus, soit une moyenne de 70 % de guérisons.

Aussi le pronostic est-il plus favorable depuis longtemps en Australie où on intervient toujours. Pour Bird, il dépend de la rapidité du diagnostic et de l'intervention.

CHAPITRE XI

Traitement

Il est classique de diviser le traitement des kystes hydatiques du poumon en traitement médical et en traitement chirurgical.

Le *traitement médical* malheureusement a peu de puissance pour guérir ces tumeurs. Quelque nombreux que soient les médicaments préconisés, nous nous permettrons de contester l'efficacité absolue de la plupart d'entre eux. En un mot le remède souverain est encore à découvrir.

Nous faisons entrer dans le traitement des kystes hydatiques du poumon, la prophylaxie. Elle est la même que celle de toutes les affections du même genre. Elle consiste à détruire les chiens dans les pays où ils sont trop nombreux, à proscrire leur cohabitation, faire bien cuire les viandes qui servent à l'alimentation, laver les légumes et les fruits mangés crus, filtrer et au besoin faire bouillir l'eau dont on se sert.

Parmi les moyens médicaux proposés pour combattre l'hydatite greffée dans le poumon, nous trouvons en première ligne le mercure, employé surtout à l'état de protochlorure (calomel) par Beaumes (1).

(1) Beaumes. — Ann. de la soc. méd. Montpellier, 1803.

La térébenthine a été proposée comme antiparasitaire. Mais, comme le font remarquer Hearn et Casabianca, cette substance agit bien moins sur le parasite que sur le processus inflammatoire.

Laënnec avait observé que, dans la race ovine, les moutons qui paissaient dans les prés salés étaient indemnes de kystes hydatiques. Aussi prescrivait-il chez ses malades le chlorure de sodium à haute dose, soit dans les aliments, soit en bains.

Pour Hawkins, Desnos et Jaccoud, le traitement des tumeurs que nous étudions serait l'iodure de potassium. Ce médicament, à leur avis, agirait de deux façons : 1° en tuant le parasite ; 2° en en amenant la résorption. Frérichs, qui a repris ces expériences, les a vivement combattues. Il a conclu que l'iodure de potassium, pris à l'intérieur, ne pénétrait jamais dans la poche.

Par contre, le professeur Semmola, de Naples, par des expériences plus récentes, a émis un avis contraire. Pour lui, l'iodure de potassium passe dans le liquide kystique par les lois de l'osmose. Aussi Lorieux a-t-il proposé ce traitement, avant de faire la ponction.

C'est ensuite le bromure de potassium qui a été proposé. C'est Bird surtout qui a mis ce traitement en faveur parmi les médecins australiens. Cet auteur ne croit pas que l'action du bromure de potassium soit suffisamment efficace pour amener la guérison, mais il pense qu'après la ponction faite, ce médicament hâte la mort du parasite.

Nous avons déjà vu que, dans une de ses observations, Roger proposait des inhalations de camphre qui furent d'ailleurs mal supportées par la malade. Il en est de même des pulvérisations d'iode, de santonine, etc., qui ont été tour à tour préconisées.

En Islande, sur la foi de Hjatelin, on a proposé la teinture de Kamala. Comme bien d'autres, ce traitement a trouvé des défenseurs (Hearn), mais Mac Gillivray, qui l'a employé d'une façon continue, n'en a obtenu aucun résultat.

En 1831, Thoransen, d'Islande, lui aussi, proposait un traitement qui a joui d'une certaine vogue et auquel ont eu recours plus récemment Hilton Fagge et Cooper Forster : c'est le traitement par les courants continus. Voici le manuel opératoire :

Après avoir exactement déterminé le siège du kyste, on y plonge deux aiguilles en or à peu de distance l'une de l'autre. Ces deux aiguilles communiquent avec le pôle négatif d'une pile Daniell de 10 éléments. Le pôle positif est mis en rapport par une large surface avec la paroi thoracique. On laisse passer le courant pendant 10 à 20 minutes.

Ce mode de traitement a donné de très bons résultats, paraît-il, pour les kystes parasitaires hépatiques. Forster et Fagge en ont rapporté 8 cas guéris dont un, celui d'un enfant, en quelques mois. Malgré cela, et contrairement à l'avis de Hearn, nous considérons ce mode de traitement comme trop aveugle et nous ne lui accorderions, le cas échéant, que peu de confiance.

En résumé, le traitement médical nous semble négatif dans la plupart des cas, si nous nous en rapportons aux résultats qu'il a fournis. Donc nous ne l'emploierons que pour combattre médicalement une complication pulmonaire intercurrente (broncho-pneumonie, toux, hémoptysie, pneumonie, etc.) ou pour soutenir les forces du malade s'il y a lieu.

Traitement chirurgical. — La chirurgie est venue apporter un appoint sérieux au traitement des kystes hydatiques du poumon. Il n'existe, il est vrai, que deux procédés de traitement: la ponction et l'incision, mais l'un comme l'autre a, à son acquit, de nombreuses guérisons. Aussi n'est-il plus permis de dire, comme Letulle en 1881. que: « vu la fréquence de la rupture des hydatides pulmonaires dans les bronches, l'indication d'un traitement » actif chirurgical se présente rarement. » Bien au contraire, nous affirmerons qu'il n'est plus permis de ne pas intervenir et de faire, comme on l'a dit, de l'expectation.

La ponction comprend plusieurs variétés:

La ponction simple. — La première qui fut essayée, n'est pas d'origine australienne, comme l'a dit Bird, mais bien européenne. En effet, c'est en 1838 que nous trouvons en Italie la première observation Brugnon (1). Cependant on ne peut refuser aux chirurgiens de Melbourne et de Victoria d'avoir vulgarisé ce procédé. Aussi Bird a-t-il dit: « Nous n'hésitons pas plus à ponctionner un kyste » du poumon, que nos confrères d'Angleterre à inciser un » panaris. » D'après cet auteur (2), le trocart devra toujours être long et très fin, lorsque le kyste à traiter est jeune et non suppuré, mais, dès que la tumeur est grosse, vieille et surtout si elle est suppurée, il incise au bistouri jusque sur le poumon, puis il ponctionne avec un trocart plus gros. Dans ce dernier cas, il ajoute souvent le lavage de la poche et l'aspiration; il n'emploie pas cette der-

(1) Brugnon. — *Giornale per servire ai progressi della patholog. et della thérapeut.*, 1838.

(2) Bird. — *Med. times and gazet.*, 1877.

nière pour les kystes jeunes. Il considère la toux provoquée par la ponction comme suffisante pour les vider. Dans tous les cas, la ponction doit être faite en un point mat et silencieux; on devra vider la poche le plus possible et plusieurs fois, si le liquide se reproduit, car il faut souvent plusieurs ponctions avant d'obtenir la mort des hydatides.

Dans un autre procédé, on ponctionne le kyste avec une aiguille très-fine, le plus souvent celle d'une seringue de Pravaz. On retire quelques grammes seulement de liquide que l'on remplace *par un volume égal d'une solution de sublimé* (Smith (1), Bacelli (2), de peptone mercurique ammonique (Beaumetz (3), etc. Leudet de Rouen et quelques chirurgiens anglais (4) ont conseillé des injections de bile.

Dans une troisième variété, après avoir ponctionné le kyste, on le vide complètement et on fait passer dans la cavité soit de la teinture d'iode (Trousseau), soit une solution d'iodoforme et enfin, plus récemment, une solution de sublimé (Mesnard (5), Debove).

D'autres ont préféré au sublimé la solution de sulfate de cuivre à 5 0/0, car 1° elle détruit les parasites non évacués; 2° elle cautérise légèrement la poche kystique.

Ces derniers modes de traitement (ponction, évacuation, lavage) semblent préférables aux autres. Ils peuvent suffire et amener la guérison pour des kystes jeunes, à développement rapide. Cependant, quel que soit le procédé

(1) Smith. — Lancet, 1887.

(2) Bacelli. — La Riforma medica, 1887.

(3) Beaumetz. — Cité par Debove.

(4) The Lancet, 1888.

(5) Mesnard. — Gaz. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux, 1884.

employé, la ponction n'est jamais exempte de danger. Aussi beaucoup de chirurgiens la rejettent-ils actuellement dans tous les cas (Bristowe (1), Israël Richerolle (2), Bouilly (3), etc).

Elle peut, en effet, provoquer des éruptions d'urticaire généralisée et même quelquefois des accidents mortels par la toxalbumine contenue dans le liquide.

Elle est souvent la cause de la suppuration d'un kyste jusque là clair et limpide si l'on n'a pas pris, avec grand soin, toutes les précautions d'aseptie.

La récidive après la ponction est, pour ainsi dire, la règle et se reproduit parfois indéfiniment. On a noté des accidents mortels survenus après ponction des gros vaisseaux ou des grosses bronches avec le trocart.

La ponction amène toujours de la toux réflexe, qui peut produire la rupture du kyste. Cet accident est noté fréquemment dans les observations. Il peut même causer la mort, en obstruant avec une hydatide volumineuse une grosse bronche ou la trachée.

Enfin, d'après Heydenreich (4), « abstraction faite de ses » dangers immédiats, la ponction curatrice en a un autre ;
» une fois que le kyste est vide de son contenu, ses » parois sont affaissées, il devient difficile de retrouver » la poche si on entreprend une opération, »

La ponction est donc à rejeter surtout si l'on considère les magnifiques résultats que donne l'incision.

(1) Bristowe. — Soc. cliniq. de Londres, 1892.

(2) Richerolle. — Chirurgie du poumon. Thèse Paris, 1892.

(3) Bouilly. — Soc. de chirurgie, 1886 et 1892.

(4) Heydenreich. — Sem. médic., 1891.

Cependant la statistique donne déjà, pour ce mode d'intervention, des résultats bien meilleurs que l'expectation pure et simple.

Mirallié, qui, dans sa revue générale, a énuméré tous les cas traités par ce moyen jusqu'ici, est arrivé à réunir 43 cas qui ont donné : 11 guérisons, 22 morts et 10 résultats négatifs, c'est-à-dire 26 % de guérison et environ seulement 50 % de morts. Ces résultats sont déjà bons, si l'on se souvient que, si on abandonne à lui-même un kyste hydatique du poumon, la mort survient en moyenne dans les deux tiers des cas.

Incision. — L'incision a été divisée, elle aussi, en plusieurs variétés. Selon que le kyste était superficiel ou profond, on a fait entrer les cas dans le groupe des empyèmes ou des pneumotomies. Cependant, dans le cas présent, lorsqu'il s'agit d'un kyste pulmonaire, il est certain qu'il siège au-dessous du feuillet viscéral de la plèvre, à moins qu'il n'ait produit un pneumothorax, après s'être ouvert dans cette séreuse. Il n'y aurait donc que dans ce dernier cas, que serait applicable l'opération de l'empyème (thoracotomie). C'est une erreur, comme le font quelques auteurs, que de décrire comme appartenant à ce dernier groupe de véritables pneumotomies dans des cas où le kyste était à plus de deux centimètres au-dessous de la plèvre.

Aussi admettrons-nous que c'est Freteau, de Nantes, qui, en 1812, fit le premier l'incision du kyste et guérit son malade. Ce mode de traitement était tombé en désuétude, lorsqu'il fut repris par les chirurgiens australiens (surtout par Davies Thomas) et en France, par Bouilly en 1886.

C'est également par ce procédé que fut traité le malade suivant qui fait le sujet de notre thèse.

OBSERVATION XXI (personnelle).

Kyste hydatique suppuré du poumon gauche. — Vomique purulente sans hydatides. — Incision et guérison.

Notre malade était un jeune homme de 23 ans, électricien de son état, ses antécédents héréditaires n'offraient rien de digne d'être signalé. Pas de tuberculose; lui-même, bien que blond et d'un tempérament lymphatique, a toujours eu une santé parfaite. Notons cependant qu'il était porteur d'une hernie, qui s'était étranglée quelques années auparavant et pour laquelle on lui avait fait un anus contre nature, qu'on avait refermé en temps voulu. Mais, sous la cicatrice, la hernie s'était reproduite adhérant de partout à la peau.

C'est pour cela qu'il était entré salle Trélat, le 16 avril 1892.

M. Delbet, chef de clinique chirurgicale, lui réséqua l'anse intestinale herniée et sutura l'intestin et la peau.

Il était déjà, au 18^e jour de l'opération, guéri en quelque sorte, lorsque brusquement et sans cause appréciable, il eut, le 4 mai, après plusieurs quintes de toux, des crachats hémoptoïques.

Ce début, après l'opération, est intéressant à noter. Nous avons déjà dit qu'un traumatisme faisait souvent apparaître un kyste hydatique jusque-là latent. C'est le cas ici, car jusqu'au 4 mai, nous n'avons trouvé aucun signe pouvant être rattaché à un kyste hydatique pulmonaire, pas de douleur, pas de toux, pas de dyspnée, ni de sensation d'anéantissement.

A partir de ce moment, les symptômes se succèdent rapidement. Il tousse par quintes, par accès, ses crachats présentent des stries sanglantes.

Cela dure jusqu'au 20 mai. Depuis 15 jours, il a beaucoup maigri, ses yeux sont excavés, il a des sueurs le soir et de la température.

Le 27 mai, c'est-à-dire trois semaines après les accidents du début, il passe en médecine, dans le service de M. le professeur Potain.

Voici, d'après M. Bureau, interne du service, ce que l'on constata à son arrivée en médecine.

La toux est surtout remarquable par son extrême fréquence plus grande qu'au début.

Il est couvert de sueurs abondantes, surtout le soir.

Pas de courbature ni de céphalalgie.

Il se plaint surtout d'une douleur, d'un point de côté à gauche, au point de jonction des 8^e et 9^e espaces intercostaux avec la ligne axillaire antérieure. Cette douleur, exagérée par la toux, ne paraît pas avoir d'irradiation.

Dyspnée légère.

A la percussion et à gauche, la sonorité est normale en avant. Mais en arrière, il existe une zone de submatité dans toute la moitié inférieure, commençant à un centimètre et demi de l'angle inférieur de l'omoplate et augmentant progressivement d'intensité jusqu'à la base du thorax.

Il est intéressant de noter que la transition brusque entre la matité et la sonorité, que quelques auteurs ont presque donnée comme pathognomonique, peut souvent manquer et être remplacée par une zone intermédiaire, comme ici, rendant ainsi le diagnostic d'autant plus difficile.

A l'auscultation : du côté gauche on ne note rien d'anormal en avant, mais en arrière, dans toute la zone correspondant à la matité, la respiration est diminuée. Encore ici, on n'a pas noté d'exagération de la respiration dans la zone voisine. C'est donc une preuve que le kyste était né primitivement au centre du poumon et que sa partie la plus saillante seule, et par suite la plus superficielle, comprimait un point limité du poumon plus ou moins complètement, tandis que la région périphérique l'était à un moindre degré. Il y avait nettement de la bronchophonie, symptôme rare, due sans doute à la compression d'un gros rameau bronchique par la tumeur.

La respiration était un peu exagérée du côté sain.

A gauche au niveau de la matité, il n'y a plus de vibrations thoraciques.

Les crachats, qui ne sont plus hémoptoïques, sont au contraire demi-transparents, muqueux et aérés.

La rate était difficile à explorer. Elle semblait cependant un peu augmentée de volume. Peut-être était-elle simplement abaissée.

La température était de 37°,6 le matin, mais montait le soir à 38°,8.

Traitement : Huit ventouses scarifiées à la partie postérieure et gauche de la poitrine et potion calmante avec X gouttes d'alcoolature d'aconit.

Le 30 mai : brusquement, dans un accès de toux, expectoration très abondante et horriblement fétide (à odeur de sphacèle) et purulente. Le malade en inonde deux crachoirs en 24 heures. Mais on ne trouve pas de vésicules hydatiques caractéristiques qui, dans le cas présent, auraient permis d'affirmer le diagnostic. Donc l'expectoration pathognomonique peut faire défaut. C'était donc encore un bon symptôme qui manquait dans le cas présent.

Malgré cette vomique, on trouve toujours la même zone de matité dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche.

A l'auscultation : souffle cavitaire avec bronchophonie au niveau de la zone de matité. Le maximum du souffle correspond à une ligne verticale passant par le bord spinal de l'omoplate.

Le 31 mai. L'expectoration est moins abondante et moins fétide.

Les crachats, examinés avec soin au point de vue du bacille de la tuberculose, n'ont donné que des résultats négatifs. On ne trouve rien qui puisse faire penser à des crochets d'échinocoques.

Le périmètre thoracique indique une voussure du côté gauche. Il donne :

A gauche : 42 centimètres.

A droite : 40 centimètres.

Le 24 juin : Le même état a duré depuis la vomique. Nouvel examen négatif des crachats, au point de vue bacillaire.

Le 25 juin : Le malade est ausculté de nouveau. Les signes cavitaires sont bien limités sur un espace de 5 centimètres sur 7, au niveau du 4^e espace intercostal, au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Ce siège correspond, d'après les travaux récents de Jøessel (1), Pailhas (2) et Rochard (3), à la scissure du poumon gauche.

(1) Jøessel. — Anatomie topographisch chirurgischen. [Bonn., 1889.

(2) Pailhas. Th. Paris, 1889.

(3) Rochard. — Topographie des scissures interlobaires du poumon. Gazette des hôpitaux, 1892.

Peut-être était-elle le siège primitif de la tumeur comme cela eut lieu dans une observation que nous avons signalée précédemment. L'état général du malade est toujours mauvais. Il maigrit de jour en jour, a presque chaque soir une température de 38° à 39°, et des sueurs abondantes. Il paraît se cachectiser.

Le 27 juin, il passe de nouveau en chirurgie dans le service du professeur Duplay, salle Velpeau, avec le diagnostic suivant : pleurésie purulente consécutive à une congestion pulmonaire d'origine grippale, compliquée de vomique.

En présence de ce diagnostic, on crut devoir intervenir chirurgicalement.

Le 27 au soir, la région malade est savonnée, brossée, lavée à l'alcool boriqué et recouverte d'un pansement humide au sublimé.

Le 28 juin au matin, le malade étant à jeûn, est chloroformé. Il dort assez facilement. M. Delbet, chef de clinique, fait alors une incision de 8 à 10 centimètres dans le 4^{me} espace intercostal, parallèle à ce dernier et partant au niveau de l'angle postérieur des côtes correspondantes. Comme le jour n'est pas suffisant, on resèque 5 à 6 centimètres de la 5^{me} côte. On trouve au-dessous, la plèvre épaissie, sclérosée, se confondant avec le poumon sous-jacent devenu fibreux. Cette masse d'aspect lardacé mesure près de deux doigts d'épaisseur. Elle est incisée couche par couche au bistouri et ne donne qu'une hémorrhagie insignifiante. Aussi n'a-t-on pas besoin d'user du thermocautère qui est prêt à fonctionner.

On rencontre alors en plein tissu pulmonaire, une masse molle et mobile qui entre et sort à chaque accès de toux dont est secoué le malade à ce moment. C'est un débris de membrane hydatide. Quand on l'a retirée avec des pinces on arrive dans une poche du volume de deux poings située au milieu du poumon gauche. La cavité communique avec une grosse division bronchique que sent très bien le doigt introduit par la plaie. A chaque effort de toux le malade présente le phénomène connu sous le nom de traumatopnée.

Le contenu de la poche est un pus noirâtre, horriblement fétide, à odeur de sphacèle et d'acide sulfhydrique perceptible à distance pour les assistants. On y trouve également des débris de membranes hydatides. Le diagnostic était dès lors établi.

A partir du moment où le bistouri a pénétré dans la cavité

kystique, le malade est pris d'un violent accès de toux, il se cyanose et rend abondamment par la bouche du pus exactement semblable, par l'aspect et l'odeur, à celui qu'on a trouvé dans la poche. On doit cesser le chloroforme.

La cavité pulmonaire est nettoyée à fond. De crainte d'amener la cyanose et l'asphyxie du malade, on ne fait pas de grand lavage de la poche. On se contente d'en toucher soigneusement les parois avec un tampon de ouate imbibé de la solution forte d'acide phénique. La cavité est ensuite bourrée de gaze iodoformée. Les extrémités de la plaie cutanée sont seules réunies par quelques points de suture afin de rendre la cicatrisation plus rapide. Pansement à la gaze iodoformée (1).

Le malade est pansé chaque matin, les jours suivants. La fièvre qui jusque-là se montrait irrégulière presque chaque soir, ne reparait plus pendant les quelques jours qui suivent immédiatement l'opération.

Le 3 juillet — 5^e jour depuis l'opération — le malade a dans la soirée plus de 38° de température.

Il se plaint de céphalée et d'un goût prononcé d'iodoforme extrêmement désagréable.

Le 4 juillet. — La plaie est en parfait état, malgré la légère poussée fébrile de la veille. Afin d'éviter l'odeur insupportable d'iodoforme, dont se plaint le malade, la cavité est tamponnée à la gaze salolée, après lavage des parois avec un tampon de ouate imbibé de solution phéniquée. Le soir, la température est de nouveau normale.

Les jours suivants, même pansement, encore renouvelé tous les jours.

Le 7 Juillet : Etat local très bon. Le fond de la plaie est rouge et commence à bourgeonner. — Etat général très bon aussi. Appétit bon; plus de fièvre. Le malade est très gai et se sent tout à fait bien.

L'amélioration continue. Fièvre nulle.

Le 28 juillet la cavité est presque comblée. Le malade a beaucoup engraisé.

L'amélioration continue pendant le mois d'Août. Le malade se lève et quitte l'hôpital absolument guéri.

La guérison s'est maintenue parfaite depuis.

(1) Les pièces ont été présentées à la Société Anatomique de Paris, dans sa séance du 1^{er} Juillet 1892, par M. J. Braquehay, interne du service.

On a proposé d'ouvrir les kystes de la plèvre en deux temps, soit en leur appliquant le traitement par les caustiques que Récamier a proposés pour les kystes hépatiques de même nature, soit en les fixant par des points de suture. On éviterait ainsi la pénétration de l'air dans la plèvre. Mais Maydl (1) a démontré que c'était là un temps opératoire inutile, car, d'après lui, il y aurait toujours des adhérences pleurales.

L'incision du kyste est toujours indiquée, même après la vomique. Cependant, lorsque le kyste s'est vidé, et tend vers la guérison, surtout s'il n'est pas suppuré, on pourra s'abstenir d'une intervention chirurgicale.

Les seules conditions requises et indispensables pour tenter l'opération, c'est de connaître le siège exact du kyste, le point où il est le plus superficiel. En outre, il faudra veiller à ce que le liquide ne passe pas dans la plèvre. La suppuration serait une indication précise de grands débridements.

Quel sera le manuel opératoire ?

Il est, jusqu'ici, mal réglé. On pourra, comme Bouilly, tailler son lambeau en U, le disséquer jusqu'aux côtes, reséquer ces dernières sur une longueur assez grande pour avoir du jour, puis on incise. Bouilly, dans une de ses observations, ponctionna le kyste et, se servant du trocart comme guide, pénétra ainsi jusque dans la poche. D'autres, plus simplement, font une incision au niveau d'un espace intercostal, la recourbent si c'est nécessaire à l'une de ses extrémités et resèquent les côtes qui gênent. Il vaut mieux, comme l'a conseillé Rendu (2), se servir du thermocautère pour faire l'incision et même, si l'hémorrhagie

(1) Maydl. — Soc. imperio. roy. de médecine. Wien, 1890.

(2) Rendu. — Soc. de chirurgie, 1890.

est inquiétante, on ne le chauffera qu'au rouge sombre. Mais, le plus souvent, on peut inciser au bistouri, à condition d'avoir à sa portée un thermocautère pour cautériser les lèvres de la plaie pulmonaire. Si même, dans ce cas, il se produisait une hémorrhagie, sans perdre plus de temps, on aurait recours immédiatement au tamponnement de la cavité à la gaze antiseptique.

Casabianca, avec juste raison, proscrit les grandes irrigations, surtout lorsqu'elles sont très liquides. En Australie, on se sert beaucoup de lavages à la glycérine boratée. Cooke (1) cite un exemple probant de la tolérance du poumon pour ce dernier antiseptique comparé à l'eau boriquée. Souvent, on se trouvera bien de faire, comme dans une de nos observations, un simple attouchement de la paroi du kyste avec une solution phéniquée forte antiseptique et caustique par conséquent. Bouilly conseille avec raison les vaporisations antiseptiques.

Doit-on mettre des drains ?

Bouilly, et après lui Casabianca, les conseillent, mais à une condition, c'est qu'ils n'irritent pas la paroi du kyste. S'il survenait la moindre complication qui pourrait leur être imputable, il faudrait les supprimer de suite.

Donc, actuellement, c'est à l'incision qu'on devra toujours avoir recours. Les résultats sont bien plus beaux que ceux qu'ont donnés tous les autres procédés. Sur 75 cas décrits jusqu'ici et traités par l'incision, nous obtenons 10 décès, 63 guérisons et 2 résultats inconnus.

C'est donc, et de beaucoup, le procédé le meilleur, et si on le compare, soit aux cas où le liquide kystique a

(1) Cooke. — Austral. med. Journ. Melbourne, 1885.

été évacué sans intervention, soit aux résultats obtenus par une simple ponction, on voit que c'est bien là le traitement de l'avenir, le seul qui permette de voir et de toucher du doigt la tumeur, le seul par conséquent qui soit véritablement chirurgical.

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques pulmonaires ne sont pas aussi rares qu'on l'a dit jusqu'ici.

2° L'expectoration peut être purulente sans rejet d'hydatides et sans que l'examen microscopique permette d'y trouver des crochets ou des débris de membranes.

3° On pourra, dans ces cas, confondre les kystes hydatiques pulmonaires avec une pleurésie purulente interlobaire.

4° Le diagnostic, au début, devra surtout être fait avec la tuberculose pulmonaire, avant la formation de cavernes.

5° Le seul traitement qui convienne aux kystes hydatiques du poumon est l'incision chirurgicale qui donne de beaucoup les meilleurs résultats.

Vu par le Président de la Thèse,

V. CORNIL.

Vu :

Pour le Doyen de la Faculté,

L'ASSESEUR

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

